Anno XXV. *Roma, 14 luglio 1918* Fasc. 28.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: I. Scalone: I lembi cutanei a ponte nel trattamento preventivo delle vaste cicatrici retrattili. — **Servizi sanitari:** G. C. Riquier: Sui servizi neurologici della zona territoriale — **Analisi e commenti:** V. Scoccia: Febbre da pappataci o vera influenza? — **Divagazioni:** L. Verney: Il giornalismo medico anglo sassone — **Sunti e Rassegne:** CHIRURGIA: W. Sharpe: Il campo della chirurgia neurologica. — MEDICINA LEGALE: Minet: L'azione dei caustici nei simulatori.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: Nefrite cronica con emorragie cerebrali a ripetizione. — Il dolore renale. — L'eziologia ed il trattamento dell'enuresi. — EPIDEMIOLOGIA: Lo sviluppo di un focolaio autoctono di malaria in Francia. — **Posta degli abbonati.** — **Notizia bibliografica.**

Nella vita professionale: Pangloss: Riconoscimento di diritti. — Cronaca del movimento professionale. — **Medicina sociale:** Per l'alimentazione degli ammalati. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CHIRURGICO DA GUERRA 24.

I lembi cutanei a ponte nel trattamento preventivo delle vaste cicatrici retrattili.

Prof. IGNAZIO SCALONE, magg. medico, direttore.

Il metodo di governare una vasta perdita di sostanza, sia in rapporto alla rapidità della guarigione che alla restituzione funzionale della parte, ha costituito sempre argomento d'attualità.

Molti traumatizzati giacciono lungamente negli ospedali attendendo che la profonda e larga perdita di sostanza si colmi di tessuto di neoformazione e si copra di epitelio; essi, quando sono guariti, soffrono della retrazione della cicatrice sopratutto quando questa abbia aderenze con lo scheletro ed è rivestita da uno straterello di epitelio sottile, lucido, facilmente screpolabile e fisso alla massa cicatriziale sottostante senza alcun cuscinetto di connettivo scorrevole e tanto meno di tessuto grasso.

Di guisa che, nel trattamento delle suddette larghe perdite di sostanza in via di cicatrizzazione, il programma deve corrispondere all'idea di ottenere: *a)* una abbreviazione di tempo per la guarigione; *b)* sostituire quanto meglio è possibile, date le condizioni anatomiche locali, allo straterello epiteliale sottile e aderente un tessuto cutaneo e sottocutaneo com-

pleto da servire da cuscinetto scorrevole sulla massa sclerotica sottostante; *c*) di ricostruire la parte in modo da togliere l'aspetto deturpante con cui si presentano tali larghi e profonde cicatrici.

In questa breve nota espongo il processo da me usato e che continuerò a usare, dato i risultati ottenuti con esso, nel trattamento di tali lesioni.

Allorquando la perdita di sostanza è coperta totalmente di buone granulazioni, indice che in qualunque punto di essa si è iniziato il lavorio di riparazione, distacco da un margine di detta perdita di sostanza un primo lembo di cute, compreso il grasso sottostante, e lo ribatto sul tessuto di granulazione fino al margine opposto a guisa di ponte fra l'uno e l'altro. Contemporaneamente o successivamente, se si vuole attendere l'attecchimento del primo, si distaccano altri ponti che, diretti in tutte le direzioni della perdita di sostanza, fanno sì che questa rimanga coperta in buona parte da cute sana, che riceva gli elementi di epitelizzazione da ogni punto e la cicatrice resti definitivamente interrotta da tali ponti di cute che, oltre a impedirne la forte retrazione, formano sul tessuto connettivo un rivestimento di cute scorrevole mercè il cuscinetto di tessuto grasso che vi si adagia sopra.

Questo è il processo col quale ho ottenuto buonissimi risultati in tutti i casi e che adotterò sempre, sicuro di una buona riuscita se si osservano delle piccole modalità di tecnica.

1° Non bisogna raschiare lo strato di granulazione ma adagiare il lembo cutaneo direttamente su di esso. Nel primo caso, in cui iniziai il processo, si ebbe la necrosi totale dei lembi perchè questi furono adagiati sul connettivo già organizzato e molto meno ricco di vasi che il tessuto di granulazione. Infatti, in tutti gli altri casi, qualunque fossero stati la lunghezza e la larghezza dei ponti di cute, questi rimasero costantemente vitali nella totalità della loro estensione.

2° Allorquando la superficie di granulazione si copre di molto essudato purulento, basta ripetere più volte al giorno, prima dell'operazione, la pulizia semplice della piaga con soluzione fisiologica sterile. Non raramente ho avuto uguali risultati facendo una buona detersione con soluzione fisiologica pochi minuti prima e lasciando un impacco di detta soluzione per tutto il tempo che occorre per la preparazione di quel poco che è necessario; qualche volta ho posto sulla superficie granulante un foglio di garza imbevuto di alcool iodato, qualche altra volta di soluzione ipertonica. L'alcool iodato, specialmente dopo una applicazione di 15', rende la superficie granulante di colorito rosso-nerastro e sulle granulazioni spuntano picole emorragie puntiformi. L'aspetto delle granulazioni rimane invariato dopo l'applicazione, anche lunga, di soluzione ipertonica; mai ho usato soluzione di sublimato, d'ipoclorito o di altri antisettici.

3° Il lembo di cute deve contenere lo strato di connettivo grasso in modo da acquistare un notevole spessore; esso è tagliato da uno dei margini della piaga, da quello che meglio dà affidamento per nutrizione e perchè il lembo sia ribattuto a ponte sul margine opposto; può essere tagliato in modo da asportare con esso il bordo di epitelio limite fra granulazioni e cute sana (epitelio di neoformazione), in guisa che viene trapiantato assieme al lembo, oppure questo può essere formato dalla sola cute integra ed allora viene lasciato in sito il bordo epiteliale neoformato con doppio scopo: di lasciare una sorgente di neoformazione epiteliale, sì da poter avvicinare ad esso il bordo da cui è stato staccato il lembo, e restringere o chiudere così la perdita di sostanza prodotta dalla formazione del lembo medesimo. Nei miei casi ho operato in un modo e nell'altro con risultati ugualmente felici; allorquando nel lembo ho compreso la listerella epiteliale neoformata, questa ha continuato a vivere ed ho ristretto o chiusa la perdita di sostanza prodotta dalla formazione del lembo suturando il margine cutaneo fino in vicinanza del tessuto di granulazione con punti profondi alla aponeurosi scoperta o addirittura al connettivo di cicatrice sottostante allo strato di granulazione.

4° È preferibile formare lembi di cute lunghi in modo che l'estremo libero venga suturato al margine opposto della piaga, formando così dei veri lembi a ponte. La sutura al margine opposto deve essere fatta dopo averlo intaccato e cruentato fino alla zona sana come si può vedere nella figura 2ª. In tal modo la nutrizione che viene dal margine opposto contribuisce a mantenere più attiva la vitalità dell'estremo del lembo ciò che non sempre accade allorquando esso viene adagiato e suturato a contatto del bordo epiteliale di neoformazione.

Non essendo sicuri, in ogni caso, della pronta irrorazione a ritroso dell'estremo del lembo, è bene procurare di dare al ponte plastico una larga base di nutrizione.

Per tutta la sua lunghezza il lembo è adagiato sulla superficie di granulazione ed assi-

curato per mezzo di punti superficiali di seta sottile, lontani l'uno dall'altro e lungo i due margini.

5° Nella formazione dei ponti secondarii l'estremo libero può essere innestato al corpo del lembo precedente come si vede nella figura 3ª; in tale eventualità è meglio attendere l'attecchimento e la buona vitalità di esso giacchè è bene anastomizzare a sua volta il lembo libero su una corrispondente superficie cruentata, come vedesi nella figura medesima.

Con tale processo si possono formare quanti ponti di cute occorrono per intersecare in ogni direzione il campo della piaga, e, quindi, della futura cicatrice.

La sterilizzazione della parte, prima e dopo l'operazione, è stata affidata alla tintura di iodio. La prima medicatura l'ho fatta dopo 24



Fig. 1.

ore allo scopo di rendermi conto della vitalità del lembo e per pulire il resto della piaga dall'essudato che vi si raccoglie. Assicurata la vitalità del lembo, le medicature successive si possono fare a lunghi intervalli; i punti marginali si possono togliere precocemente (dopo 3-4 giorni), quelli dell'estremo del lembo più tardivamente, come in ogni sutura cutanea.

Al processo si può muovere l'obiezione che la formazione del lembo cutaneo allarga la perdita di sostanza di tanto quanto è la larghezza di esso e forse di più, considerata la retrazione dei tessuti. Ho detto sopra che tale difetto viene riparato avvicinando il margine di cute a ridosso del limite della piaga o della listerella di cicatrice neoformata allorquando la si vuole lasciare in posto. Qualora la sutura non tenesse e la perdita di cute lasciata dalla formazione del lembo dovesse guarire per granulazioni, la cicatrice che ne risulta sarebbe molto superficiale, giacchè non andrebbe al di là dell'aponeurosi e quindi non darebbe i disturbi nè la deturpazione delle cicatrici profonde.

Nelle regioni in cui non è possibile togliere il lembo dalla vicinanza della piaga, ho ricorso alla cute della regione antero-laterale



Fig. 2.

della parete addominale, come in un caso di larga piaga profonda del dorso della mano.

Nelle tre figure ho voluto dare un saggio dimostrativo di quanto ho detto sopra.

Nella 1ª figura si vede la formazione di un primo largo ponte di cute che attraversa una larghissima perdita di sostanza al dorso, da ferita d'arma da fuoco, profonda alla colonna



Fig. 3.

vertebrale in un soldato che portava contemporaneamente un apparecchio al gesso per frattura esposta dell'omero sinistro. Altri due ponti furono completati in seguito per sepimentare la cicatrice finale.

Nella 2ª figura si vede chiaramente la costituzione di un primo ponte di cute che riunisce i due margini di una larga piaga da ferita d'ar-

ma da fuoco alla coscia sinistra con estesa distruzione muscolare; l'estremo libero è anastomizzato ad una incisura scavata nel tessuto sano onde garantire meglio la vitalità di esso, trattandosi di lembi piuttosto lunghi.

Nella 3ª figura si vede la medesima lesione in cui un ponte secondario di cute fa capo al primo al corpo del quale è innestato in modo da riprodurre una figura stellata a tre branche che sepimentano la cicatrice finale in tre principali direzioni.

Tale processo di cura preventiva delle cicatrici estese e profonde, condotto quindi sulle perdite di sostanza ancora allo stato di piaga, può essere applicato come trattamento delle cicatrici in atto: la tecnica non cambia: formato il lembo di cute fuori della superficie cicatriziale, lo si adagia lungo una doccia cruenta scavata nella cicatrice, che lo contenga esattamente fino al margine opposto di cute sana. In tal modo si può sepimentare la cicatrice in quelle direzioni che si crede opportuno per potere meglio mobilizzarla.

Siccome nei nostri ospedali non arrivano feriti con cicatrici già formate ed adatte al trattamento suddetto, non ho potuto praticare sinora tale processo. L'insuccesso potrebbe essere dato dal fatto che il lembo non troverebbe, sulla doccia scavata in piena massa connettivale sclerotica, quella pronta nutrizione che gli viene dal tessuto di granulazione e quindi potrebbe cadere in mortificazione; bisognerebbe fare in modo che si assicuri al lembo una buona nutrizione dal picciuolo facendo questo quanto più largo è possibile e prendendo il lembo dalla regione vicina che meglio si presti e dia più garanzie.

Zona di guerra, dicembre 1917.

SERVIZI SANITARI.

Sui servizi neurologici della zona territoriale

per il dott. GIUSEPPE CARLO RIQUIER,
aiuto alla Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Sassari.

Due anni or sono su questo periodico (1) ho illustrato anch'io la opportunità di provvedere convenientemente ai traumatizzati del sistema nervoso della nostra guerra svolgendo — con minima autorità — quei concetti che in seguito, per opera costante di illustri cultori della scienza medica italiana, condussero anche da noi alla istituzione dei Centri neurologici sul tipo di quelli francesi.

Ritorno oggi sull'argomento per richiamare l'attenzione dei colleghi sulla necessità di assicurare a tutti i « nervosi » in genere ed ai mutilati funzionali in ispecie il pronto ricovero negli appositi reparti ora esistenti e sopratutto di generalizzare e disciplinare — rispetto al tempo ed ai mezzi — l'applicazione della protesi nervosa.

* * *

Un *Centro neurologico territoriale*, suddiviso in sezioni per infermi con lesioni organiche del sistema nervoso (centrale e periferico) e per infermi puramente funzionali (nevrosi, psicopatie) è stato creato per ciascuno dei Corpi d'armata di Alessandria (Pavia), Genova, Milano, Firenze (Siena), Roma, Ancona, Napoli, Bari e Palermo (Catania). Tutti i « nervosi » provenienti dalle unità sanitarie delle Armate vengono concentrati in due *Centri avanzati o di prima raccolta*, uno a Bologna, l'altro a Milano, e poi sollecitamente traslocati, con razionale criterio di smistamento regionale, ai diversi Centri territoriali (2).

Se veramente dalle Armate potessero venire sgombrati sui due Centri di prima raccolta tutti i « nervosi » trasportabili, si avrebbe oggi motivo di essere tranquilli sulla loro sorte ulteriore; ma, per ragioni facili a comprendersi, ciò non avviene ed un numero tuttora considerevole di essi sfugge ai Centri neurologici.

Una tale evenienza è infatti prevista dal *paragrafo* 43 *della Circolare N.* 16 del *Giornale Militare* di quest'anno, la quale ammonisce che « ove mai feriti di questo genere (mutilati fun-

(1) RIQUIER. *Per l'assistenza ai traumatizzati del sistema nervoso in guerra.* Policlinico (Sezione pratica), anno 1916.

(2) *Norme per l'assistenza e protezione degli invalidi di guerra,* ecc., ecc. Giornale Militare, dispensa 5ª, 18 gennaio 1918, Circolare N. 16.

zionali) si trovassero in cura presso comuni ospedali, così nella zona di guerra come in quella territoriale, dovranno, *sotto la diretta vigilanza delle rispettive Direzioni di Sanità responsabili*, essere ugualmente traslocati al Centro neurologico viciniore, tenendo conto che il tardare o trascurare l'applicazione di tali provvidenze contribuirebbe notevolmente a rendere invalidi definitivi un gran numero di coloro che, curati a tempo, potrebbero essere o del tutto sanati o quanto meno rimanere affetti da postumi di minima importanza ».

Il contenuto di questo paragrafo deve essere generalizzato ai disturbi nervosi funzionali ed ai cosidetti disturbi riflessi che, al pari e forse più delle lesioni organiche dei nervi periferici, hanno bisogno di un immediato trattamento in reparti specializzati.

Spetta quindi alla vigilanza della Direzione di Sanità responsabile l'inviare al Centro neurologico i « nervosi dispersi »; questa però non vi manda che i casi che le vengono via via segnalati. Se si considera che i medici generici non sono sempre in grado di stabilire la natura nervosa di una data affezione, si comprende come un certo numero di tali infermi passi inavvertito.

Nella mia nota del marzo 1916 consigliavo di affidare il reclutamento dei « nervosi » ai direttori dei comparti specializzati; questa necessità è stata recentemente riaffermata dalla Società di Neurologia di Parigi nella riunione coi capi dei Centri neurologici militari (1).

Da noi attualmente non sembra possibile — nè sarebbe praticamente utile — gravare di un nuovo e non indifferente compito i direttori dei Centri, già assorbiti da molteplici e delicate cure. L'unico modo col quale le Direzioni di Sanità potrebbero assicurare a tutti i « nervosi » una pronta e conveniente assistenza parrebbe la nomina di un neurologo e di uno psichiatra — eventualmente designati dal direttore del Centro neurologico — che abbiano il preciso incarico di scoprire i « nervosi dispersi » mediante visite regolari e frequenti, nei diversi ospedali (non esclusi i reparti per autolesionisti) e nei depositi della giurisdizione e di inviarli al più presto ai Centri neurologici.

Un tale provvedimento necessariamente reclama, per non obbligare i sanitari ad uno studio superficiale ed affrettato dei malati e per ragioni di spazio, o una maggiore potenzialità delle formazioni neurologiche esistenti, o la *creazione*, come si sta facendo in Francia, *di Sottocentri direttamente dipendenti dai Centri principali.*

Nei riguardi dei mutilati funzionali poi, per il conseguimento di non dubbii rendimenti, immediati e futuri, la generalizzazione della assistenza neurologica dovrebbe, a mio avviso, esplicarsi anche con un più largo e più disciplinato impiego della protesi nervosa.

L'esperienza fatta durante questa guerra ha dimostrato che la protesi ha una importanza di primo ordine sia per la cura delle lesioni nervose periferiche ripristinabili, sia per la rieducazione al lavoro nelle invalidità definitive. Di questa importanza si sono subito reso conto gli ortopedici ed i neurologi francesi che al problema della protesi nervosa hanno portato un notevole contributo di ricerche e di geniali tentativi e sono riusciti a promuovere dalle competenti autorità provvide disposizioni che regolano l'uso degli apparecchi (1).

Da noi la protesi è stata fatta — con direttive individuali e non sempre in misura sufficiente — nelle zone dove esistevano reparti neurologici specializzati, nelle altre, e fino a pochi mesi fa erano le più numerose, non è stata applicata affatto. Da ciò l'esistenza di un discreto numero di storpiature per lesioni di nervi periferici esclusivamente dovute al mancato, ritardato, improprio od insufficiente impiego di apparecchi protesici.

Nella terapia delle infermità transitorie la protesi, bene intesa e precocemente praticata, supplisce alla impotenza funzionale, favorisce il ripristino dei muscoli paralitici, evita le deformità.

E poichè nella genesi di queste deformità ha una grande influenza l'inerzia prolungata dell'arto, e d'altro canto se si interviene a tempo le storpiature si evitano, l'apparecchio di protesi non deve limitarsi a correggere l'atteggiamento viziato, ma deve procurare di mettere, per quanto è possibile, il malato in grado di servirsi dell'arto paralitico. Così nei casi di paralisi radiale, ad esempio, l'apparecchio di sostegno, che conceda al ferito anche una presa energica, stimola la mobilizzazione volontaria e perviene ad ottenere quell'esercizio dell'arto paralitico che è senza dubbio il più efficace miglioratore delle impotenze e che con nessun altro mezzo terapeutico si può realizzare (2). E

(1) Réunion des Chefs des Centres neurologiques militaires et de la Société de Neurologie de Paris, 20 décembre 1917. (Revue Neurologique, n. 10, 11 e 12, 1917).

(1) Commission d'études des appareils de prothèse pour « Blessés nerveux ». (Revue Neurologique, n. 6, 1917).

(2) Riquier. *Intorno alla protesi della paralisi radiale.* (Rivista di Patologia nervosa e mentale, anno XXIII, fasc. 4-5, 1918).

nelle paralisi degli arti inferiori non è di poco momento il sorvegliare e limitare l'uso del bastone!

Invero la curabilità di certe storpiature diminuisce col tempo, diventa talora impossibile, spesso rende vano l'ottenuto ripristino nervoso; perciò la necessità di favorire l'applicazione precocissima della protesi.

Nei casi poi di inattività volontariamente mantenute da soggetti poco scrupolosi è buona norma — in talune particolari lesioni nervose degli arti superiori — escludere dalla funzione durante il giorno l'arto sano, per obbligare il malato — munito di apparecchio adatto — a servirsi esclusivamente di quello paralitico.

Del pari nelle invalidità definitive l'adozione di apparecchi convenienti deve evitare lo stabilirsi di storpiature invincibili che mettono, anche dal punto di vista estetico, il mutilato funzionale in condizioni di inferiorità rispetto allo stesso mutilato anatomico. È da ritenere che un numero non indifferente di storpi per paralisi irreparabile del nervo radiale avrebbe potuto, entro certi limiti, riprendere il lavoro o quanto meno gli usi più comuni della mano, se fosse stato trattato a tempo con una protesi razionale.

L'intervento protesico nelle infermità permanenti tende però sopratutto a dirigere verso scopi preordinati gli adattamenti funzionali di compenso, cioè a guidare il primo passo del mutilato verso la sua rieducazione professionale.

Nell'allestimento della protesi per invalidità definitiva da paralisi del nervo radiale io mi sono convinto che è utile tenere conto della professione del ferito e fornirlo di un apparecchio che metta la mano in quell'atteggiamento di presa che più frequentemente ricorre nella sua professione abituale (1). Una tale procedura presenta il vantaggio di stimolare la volontaria collaborazione del mutilato che in genere è restìo ad apprendere un mestiere nuovo.

Il problema della protesi nervosa, di grande interesse umanitario, riguarda direttamente la ricostruzione economica del dopo-guerra, perchè cerca di restituire alla vita lavorativa il maggior numero di individui; merita quindi tutta l'attenzione degli studiosi.

Per il disposto del paragrafo 46 della circolare citata, d'ora innanzi i Centri neurologici provvederanno alla protesi dei mutilati funzionali; c'è da sperare venga generalizzata e disciplinata secondo i bisogni.

La cosa non è molto difficile poichè il lavoro di scelta degli apparecchi più convenienti alle diverse infermità è stato in gran parte già fatto dai neurologi e dagli ortopedici francesi.

Siccome però il problema della protesi nervosa rimane sempre allo studio e le questioni ad esso inerenti sono in continua evoluzione, sarebbe bene che i neurologi italiani, attraverso periodiche convocazioni, venissero messi in grado di portare un reale contributo alla sua risoluzione.

A mantenere compattezza ed unità d'indirizzo e ad eliminare qualche errore nell'assistenza neurologica in genere, sarebbe davvero desiderabile che, sull'esempio della Francia, si promuovessero anche da noi delle riunioni fra i sanitari dei Centri neurologici per facilitare lo scambio delle idee sui varii problemi sollevati dalla guerra e sopratutto sui principali risultati ottenuti coi diversi metodi di cura.

***

I provvedimenti rapidamente avvistati, ristretti nei limiti del puro necessario, di pratica ed immediata applicazione, mirano a completare ed a perfezionare l'attuale organizzazione sanitaria e a rendere l'assistenza neurologica più facile, più generalizzata, più efficace.

Giugno 1918.

(1) RIQUIER. *Intorno alla protesi della paralisi radiale.* (Rivista citata).

ANALISI E COMMENTI.

Febbre da pappataci o vera influenza?

Visto che i giornali medici se ne occupano ed anche il « Policlinico » del 30 giugno aveva un articolo sull'argomento, mi si permetta di esprimere il mio giudizio sulla recente epidemia verificatasi in Italia e in altri paesi di Europa, da molti interpretata come febbre dei tre giorni o febbre da pappataci.

Destinato in un reparto di medicina di questo Ospedale Principale Marittimo, ho avuto occasione di seguire la malattia fin dall'inizio e di osservare molti infermi, circa 80. (Questa cifra, data la grande diffusibilità del morbo, specialmente negli agglomerati umani, come sono le caserme, può sembrare bassa. Ma si noti che all'Ospedale erano inviati i malati più gravi e che i moltissimi casi lievi vennero trattenuti nelle varie infermerie. In questo Ospedale poi vi è un altro reparto di medicina). Orbene, credo di poter affermare, senza riserve, che qui si è trattato di vera influenza, con tutte le complicazioni descritte nei trattati di patologia.

Per un po' di tempo la malattia ebbe carattere di benignità: insorgeva con i sintomi comuni alla febbre dei tre giorni, brivido, eleva-

zione termica, dolori periorbitari, rachialgia, artralgie, ma la febbre durava un giorno, due giorni, tre ed anche più, specialmente se erano presenti notevoli disturbi dell'apparato digerente, che in alcuni casi hanno assunto il carattere clinico di influenza intestinale vera e propria. In nessun malato vidi il caratteristico *rash* sulla pelle della faccia, del collo, del torace, mentre, d'altra parte, non mancarono mai i sintomi catarrali delle prime vie del respiro.

Da questa forma iniziale si passò, senza interruzione, con continuità di insorgenza morbosa, alle bronco-polmoniti, alle pleuro-polmoniti, alle pleuriti, agli empiemi, proprio come succede in tutte le epidemie gravi di influenza: complicazioni serie, talvolta a carattere setticemico, con alta percentuale di mortalità (su 27 casi 5 esiti letali).

Finalmente (e questa è la ragione principale, contro cui poco valgono i ragionamenti e le esposizioni teoriche), dall'espettorato di due malati, purulento, verdastro, il Direttore di questo gabinetto Batteriologico, Maggiore Andruzzi, ha isolato con semina in terreni opportuni di cultura (aggiunta di sangue umano ecc.) il diplobacillo di Pfeiffer.

Spezia, 4 luglio 1918.

V. SCOCCIA,
Maggiore Medico nella R. Marina.

DIVAGAZIONI.

Il giornalismo medico anglo-sassone.

In un articolo precedente abbiamo procurato di precisare le più notevoli caratteristiche dei periodici d'indole generale a larga diffusione, i quali assumono un compito notevolissimo nel ravvivare, aggiornare e integrare la coltura della quasi totalità dei medici. Questo compito conferisce loro un valore professionale ed un prestigio di cui difettano gli altri periodici — non esclusi quelli di maggiore consistenza scientifica: quindi ci è parso giustificato e opportuno un esame particolareggiato.

Tratteremo ora degli altri giornali di medicina.

Periodici vari. — Essi costituiscono una densa falange; ma, naturalmente, ci fermeremo soltanto sui principali.

Notiamo anzitutto che sullo stesso tipo dei quattro che abbiamo preso in esame, sono modellati parecchi giornali minori, alcuni dei quali vantano una discreta diffusione e sono molto accreditati.

Nell'Inghilterra troviamo il *Medical Press and Circular*, specializzatosi nel dare i resoconti delle società mediche irlandesi e nel riportare molti lavori tradotti dal francese o da altre lingue; troviamo l'*Edinburg Medical Journal*, mensile, uno dei pochi giornali medici di provincia che si siano imposti (la grandiosa metropoli è assorbente: quasi tutto il movimento librario inglese vi è accentrato, ancora più che quello francese a Parigi); troviamo i *Medical Times* e altri meno noti.

Nell'America v'è il *Boston Medical and Surgical Journal*, ottimo periodico, che di recente ha adottato la brutta innovazione d'inserire le recensioni tra gli annunzi di réclame; vi sono il *New York Med. Journal*, l'*Interstate Medical Journal*, l'*American Medicine*, il *New York State Journal of Medicine* (gli ultimi dei quali mensili), ecc.

Nell'insieme questi giornali formano un gruppo omogeneo coi precedenti.

* * *

Segnaliamo ora un fatto strano.

All'Inghilterra difettano gli archivi di clinica medica generale, sul tipo della *Clinica Nedica Italiana*, degli *Annali di Clinica Medica*, della Sezione Medica del *Policlinico* o del *Morgagni* (Archivio).

Vi sono mal rappresentati anche gli archivi di clinica chirurgica generale, sul tipo della *Clinica Chirurgica* o della Sezione chirurgica del *Policlinico*.

Questa lacuna è dovuta a varie cause.

Nel determinarla interviene la circostanza che i medici e i chirurgi primari e consulenti di ospedali non sono retribuiti dalle amministrazioni ospedaliere (molte altre prestazioni mediche in Inghilterra sogliono essere onorifiche: per esempio, concedono graziosamente la loro opera i medici scolastici, i dirigenti di ambulatori, ecc.). Ne viene che molti di quei sanitari non si sentono legati a compiere uno studio esauriente dei principali casi clinici che loro occorrono nella pratica ospedaliera; invece si lasciano assorbire dalla clientela pagante, la quale comporta uno studio affrettato, superficiale, incompleto, anche dei casi più interessanti.

D'altra parte i professori di clinica non riescono a fondare delle buone scuole, perchè i loro assistenti durano in carica troppo poco, si rinnovano di regola dopo sei mesi, al più tardi dopo un anno: quindi non si affermano nella carriera didattica e difficilmente si consacrano allo studio.

Per questi motivi professori, assistenti, primari, consulenti, ecc., non producono molti lavori di lena, con cui possano alimentare dei periodici a carattere prevalentemente scientifico.

Di archivi inglesi non conosciamo che il *Quarterly Journal of Medicine*, il quale riguarda la medicina nel senso più lato, e il *British Journal of Surgery*, per la chirurgia, l'uno e l'altro trimestrali.

Negli Stati Uniti le condizioni cambiano. Sovratutto la clinica chirurgica vi annovera pubblicazioni periodiche di molto valore, il che sta in rapporto con lo sviluppo poderoso che vi ha assunto la chirurgia (non per nulla è stato detto che questa ha la sua patria d'elezione negli Stati Uniti, che la chirurgia è una *scienza americana*). Sono riviste di gran mole e ricche di lavori originali pregevoli gli *Annals of Surgery*, il *Surgery, Ginecology and*

Obstetrics, dedicato di preferenza alla chirurgia addominale, notevole per la copia delle recensioni, l'*American Journal of Surgery*, ecc.

La tendenza della medicina ad elevarsi a dignità scientifica, mentre si afferma in America con numerosi e colossali laboratori che dispongono di mezzi ingentissimi, si riflette in importanti pubblicazioni mediche periodiche. Così l'*American Journal of the Medical Sciences*, sul tipo del nostro *Archivio Italiano per le Scienze Mediche*, fa veramente onore alla medicina americana: contiene in gran copia lavori eccellenti, che concernono tutti i campi della medicina, condotti con rigore di metodo, corredati di ricerche diligenti e di osservazioni precise. Vi è stata annessa anche una sezione di recensioni.

Carattere del tutto sperimentale ha il *Journal of experimental Medicine*: esso più specialmente documenta ed archivia la meravigliosa produzione degli Stati Uniti nel campo della medicina scientifica e di laboratorio. L'indirizzo sperimentale vi è più deciso e circoscritto che nel nostro *Sperimentale*.

Un posto d'onore spetta anche al *Journal of infectious Diseases*, nel quale prevalgono i contributi d'indole strettamente scientifica.

L'uno e l'altro, i due ultimi, ci portano nel dominio della patologia generale; ma non vi è perduta di vista la clinica.

* * *

Formano un gruppo a sè alcuni periodici i quali contengono soltanto contributi originali di varia natura, ma diretti esclusivamente a diffondere, illustrare e valorizzare il sapere medico nel campo delle applicazioni cliniche, mettendolo a portata dei medici. Non ambiscono che alla pratica; sono alieni dal recare conquiste nuove al sapere. Risultano quindi essenzialmente diversi dagli archivi.

Così, è d'indole decisamente pratica il *Practitioner*, inglese, mensile: accoglie conferenze, studi d'indole generale, revisioni di capitoli della medicina, recensioni sistematiche su specialità mediche (otologia, ginecologia, ecc.), casistica corrente. Spesso allestisce numeri monografici: ne sono comparsi or non è molto due interessantissimi sui mali più comuni (*common ailments*), due o tre sulla medicina di guerra, uno sulla tubercolosi, ecc.

Naturalmente vi abbondano le banalità e le nozioni trite; ma in pratica *repetita iuvant*. L'inefficienza della medicina dipende forse meno, oggi, dall'imperfezione delle conquiste compiute, anzi che dalla deficiente conoscenza che di esse hanno i medici. Anche nozioni semplicissime non giungono sempre a portata di tutti gli esercenti l'arte salutare, sia per la vastità immensa del campo coperto dalla medicina, sia perchè i medici sono troppo assorbiti dall'esercizio professionale. Quindi non è mai superfluo, dal punto di vista pratico, di insistere su nozioni che i medici più colti o meno modesti possono giudicare troppo elementari o che da tempo sono già acquisite.

I criteri di praticità assoluta cui il *Practitioner* s'ispira, rendono prezioso questo periodico e spiegano lo straordinario successo che gli ha arriso. Differisce dal *Journal des Praticiens*, ebdomadario, pur esso tutto pratica, pur esso a diffusione enorme, in quanto che il periodico francese pubblica solo articoli brevissimi, in cui sono condensate anche le questioni più gravi ed astruse: il sapere medico vi è ridotto in pillole, facilmente deglutibili ed assimilabili. Tale almeno si mantenne sotto la direzione del suo fondatore.

Da noi non abbiamo che qualche tentativo sul genere di questi ora menzionati, come la *Medicina Pratica* e l'*Attualità Medica*.

Alle richieste della pratica rispondono in parte anche alcuni periodici i quali accolgono quasi esclusivamente lezioni cliniche (*clinics*) e studi riassuntivi (*original special articles*).

Sono destinati quasi esclusivamente alle lezioni cliniche il *Clinical Journal*, mensile, nell'Inghilterra, e le *International Clinics*, trimestrali, negli Stati Uniti. Quest'ultimo periodico ha carattere internazionale, sia pure non molto accentuato (la stampa medica americana tende sempre all'internazionalismo, mentre quella inglese ne ha ben poco la velleità). Vi sono consegnate soltanto lezioni originali, non mai riprodotte.

È tutta occupata da studi riassuntivi la *Progressive Medicine*, trimestrale, americana: più che di riviste sintetiche, si tratta di revisioni ampie e circostanziate di grandi capitoli o di intere branche della medicina (per es., le malattie renali, le malattie chirurgiche dell'addome, le ernie, ecc.). Scopo precipuo di esse è di armonizzare le nozioni classiche con le conquiste recenti; di vagliare queste ultime e di inquadrarle nel sapere scolastico; di rinnovare, col minimo sforzo, il sapere del medico.

* * *

Naturalmente così nell'Inghilterra come negli Stati Uniti sono ben rappresentate tutte le discipline mediche speciali, da quelle biologiche fondamentali o sussidiarie alle cliniche parziali, all'igiene, alla medicina legale, ecc. In Inghilterra le cliniche minori lo sono forse meglio di quelle generali medica e chirurgica; questa anomalia trova una ragione, nel successo commerciale ottenuto dalle specialità.

Non staremo a riportare lunghi e ingombranti elenchi. Notiamo solo qualche carattere di questa esuberante produzione.

Non difettano i periodici ultra-specializzati, compresi quelli di oncologia, di tisiologia, di cardiologia, di gastro-enterologia e proctologia, di tecnica ospedaliera, ecc.; ve n'è perfino sull'alcoolismo, sulla balneologia, ecc.

Uno sviluppo rimarchevole hanno assunto, nei paesi anglo-sassoni, alcune specialità che da noi sono tenute in scarsa considerazione, come l'odontologia, che viene insegnata in grandiosi istituti ed è coltivata da moltissimi professionisti, «dottori» nella specialità: la buona conservazione della dentatura assurge in quei paesi ad un problema medico-sociale di primo ordine, mentre da noi si comincia ad averne appena coscienza. In rapporto

con tale sviluppo, all'odontologia sono consacrate numerose pubblicazioni periodiche.

Una specialità molto curata, sovratutto in Inghilterra, è la medicina esotica: ciò è troppo naturale, data l'enorme vastità delle colonie britanniche. Questa disciplina annovera dunque parecchi periodici, per quanto le colonie non difettino di buoni giornali medici propri (*South African Medical Record, Indian Medical Gazette, Australian Medical Gazette, Canadian Medical Assoc. Journal,* ecc.).

Molta attenzione è rivolta all'assistenza dei malati, un problema la cui importanza viene oggi sempre meglio valutata, così nell'assicurare i successi terapeutici come nei riguardi sociali. Esso è prospettato prevalentemente in alcuni ottimi giornali tecnici del corpo infermiere, i quali sono tenuti in molta estimazione e nei quali non disdegnano di collaborare valenti medici.

Non è fuori di luogo rilevare ancora che l'attrattiva dei medici inglesi per la pratica ha determinato la voga di alcune piccole riviste di terapia applicata, come il *Treatment* (sospeso durante la guerra) e il *Prescriber*.

* * *

Così nell'Inghilterra come negli Stati Uniti quasi tutti i grandi ospedali, le cliniche più rinomate, gl'istituti scientifici di qualche importanza, tengono ad avere un loro organo, più o meno clandestino... Rare volte questi periodici hanno assunto diffusione e importanza internazionale, come è avvenuto per il *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* degli Stati Uniti.

Altrettanto può ripetersi anche per le Società mediche.

Nell'Inghilterra le varie Società mediche Reali sono state accentrate, alcuni anni or sono, dalla Società Reale di Medicina, che nei suoi *Proceedings of the Royal Society of Medicine* ne raccoglie le moltissime relazioni e comunicazioni, ripartendole in sezioni, corrispondenti alle singole società federate: medicina interna, patologia, batteriologia, oftalmologia, ecc.

Questi Atti presentano l'inconveniente di uscire con sensibile ritardo, allorchè le principali relazioni e comunicazioni sono già rese di pubblica ragione in altri periodici; presentano però il vantaggio di riportare i sunti delle discussioni ed una casistica straordinariamente ricca, non édita altrove.

Aggiungiamo, infine, che nell'Inghilterra si pubblica una rivista, la *Medical Review*, mensile, che riproduce per intero o largamente gli articoli più importanti nei riguardi pratici, comparsi sui giornali medici inglesi o stranieri, e dà i riassunti di altri articoli disposti per materie (pediatria, ginecologia, chirurgia, ecc.). Supplisce la deficienza di recensioni nei giornali medici inglesi, dei quali viene così a costituire un utile complemento.

In America non conosciamo nessun giornale del genere; del resto non ne è sentito il bisogno, dato lo sviluppo che si assegna alle recensioni in molti periodici. L'*Index Medicus*, americano, si limita ad elencare i titoli dei lavori di medicina pubblicati in tutti i paesi, ordinati per materie: ha il solo compito di agevolare le ricerche bibliografiche. Abbraccia tutta la produzione medica mondiale — almeno nelle intenzioni.

* * *

La redazione. — L'organizzazione redazionale è modellata su di uno stesso tipo in tutti i giornalil medici inglesi e americani. La prenderemo in esame solo per quelli più diffusi, poichè vi si riconducono quasi tutti gli altri.

La redazione è per solito ridotta ai minimi termini, in quanto consta di due sole persone: l'*editor* (o *managing editor*), che corrisponde al nostro redattore-capo, ed il *sub-editor* (o *associate-editor*), che corrisponde incirca al nostro segretario di redazione. Essi impersonano il giornale, segnano la continuità del suo indirizzo, assumono la responsabilità degli articoli redazionali. Consacrano al giornale la parte migliore della loro attività; in compenso, ricevono paghe da ministri.

Il loro compito è molteplice.

Naturalmente prendono in esame il materiale offerto per la pubblicazione ed accolgono quello che reputano idoneo. Non solo, ma tra la grande copia di conferenze, di relazioni e di comunicazioni tenute di continuo in seno a Congressi, Società, Accademie, ecc., scelgono quelle che rispondono di più all'indirizzo del giornale, indipendentemente dalle offerte degli autori; accade così a volte che un autore si veda pubblicato in due o tre giornali contemporaneamente.

I redattori rivedono con diligenza tutto il materiale accettato, per migliorarne la forma (sono molti i medici che scrivono male, perchè poco allenati: posseggono imperfettamente la loro lingua, pur sapendo il fatto loro nel campo professionale!). Al tempo stesso i due redattori provvedono a ridurre, anche in modo notevolissimo, gli articoli e le corrispondenze, condensandone le parti troppo estese e sopprimendone quelle superflue. Così il giornale diviene tutto leggibile; anzi alle volte risulta fin troppo omogeneizzato: in specie le corrispondenze finiscono per assumere tutte uno stile.

Comunque tartassati, gli autori non protestano, perchè è sottinteso che debbono rassegnarsi a questo trattamento e perchè sanno che in genere i loro scritti migliorano.

Un compito specifico dei due redattori è quello di preparare gli «editorials», che per solito imprimono il carattere al giornale e ne determinano l'efficienza pratica.

Infine, essi dispongono e regolano la composizione dei fascicoli, in modo che venga data la preferenza ai lavori più interessanti e che i fascicoli risultino organici.

Questo tecnicismo giornalistico comporta il possesso di conoscenze mediche precise ed estese, integrate da qualità letterarie.

Le rubriche di recensioni, quando esistono, sono affidate ad un gruppo più o meno numeroso, più o meno instabile, di collaboratori ordinari, a ciascuno dei quali sono per lo più riservati alcuni periodici (per es. quelli francesi, quelli italia-

ni, ecc.), senza molto riguardo alla materia trattata, ciò che vale ad evitare i duplicati e rende più sbrigativo il lavoro. Qualche volta alla distribuzione ed all'ordinamento del lavoro di recensione è preposto un redattore (*abstract editor*).

Alla redazione sono anche aggregati i corrispondenti fissi.

Mancano del tutto i direttori, ai quali in Italia, in Francia, in Germania, ecc., spetta più che altro un compito nominale e decorativo.

Si hanno però qualche volta dei consulenti (*consulting editors*), cui si chiede il parere nei casi difficili (esami di lavori la cui pubblicazione comporta responsabilità, ecc.).

L'insieme dei redattori, collaboratori, corrispondenti e consulenti costituisce l'*editorial staff* o personale redazionale.

I giornali medici inglesi e americani non retribuiscono gli autori, come fanno alcuni di quelli tedeschi; non rilasciano neppure gratuitamente gli estratti, come fanno quasi tutti i giornali medici degli altri paesi.

Questo trattamento in stretta economia sorprende tanto più, in quanto che i giornali medici inglesi ed americani a larga diffusione realizzano guadagni ingentissimi: costituiscono grandi intraprese industriali, che non rendono meno dei grandi quotidiani.

***

L'amministrazione — L'amministrazione di queste intraprese giornalistiche costituisce oggi un organismo complicato, in rapporto con l'importanza economica e commerciale che quelle sono venute assumendo.

Il successo commerciale si deve in parte alla diffusione: così del *Journal A. M. A.*, il più letto giornale medico del mondo, si tirano circa 70,000 copie; il *British* si distribuisce ad almeno 22,000 medici, e la circolazione del *Lancet* è solo di poco inferiore (1).

Non riveliamo un segreto dichiarando che il più diffuso giornale medico italiano, il *Policlinico* pratico, non conta invece che 10,000 abbonati circa.

A determinare la diffusione di alcuni giornali medici anglo-sassoni concorrono diversi fattori: la diffusione della lingua inglese, il loro valore intrinseco, per alcuni la circostanza di essere organi ufficiali di vaste associazioni, ecc.; qualche volta entrano anche in gioco altri elementi: per esempio si vuole che la straordinaria voga del *Practitioner* sia dovuta ad una felice «trovata» dell'Amministrazione, che incluse nel prezzo d'abbonamento (era allora di 21 scellini, ossia fr. 26.25) anche l'assicurazione contro gl'infortuni e contro le malattie professionali (le famiglie dei medici inglesi morti in guerra hanno tratto ora benefizi sensibili da questa combinazione); non può esser dubbio però che questo giornale, uno dei migliori che si pubblichino, si è fatto strada specialmente per virtù propria.

Al successo commerciale contribuiscono molto gli alti prezzi d'abbonamento. Così il *Lancet* costa oggi in Inghilterra fr. 37.50 (L.st. 1.6.6) e all'estero 40.70 se in edizione economica, 45 se in carta spessa; il *Practitioner* costa fr. 52.5 se in carta spessa, 31.5 se in carta sottile; e così via; l'ebdomadario medico inglese più a buon mercato, la *Medical Press and Circular*, costa ancora fr. 26.25 (L.st. 0.21.0). Di poco inferiori erano questi prezzi prima della guerra. Il *Journal A. M. A.* e il *Medical Record* costano 25 franchi (5 dollari); questo prezzo si è mantenuto inalterato malgrado la guerra.

Se alle quote d'abbonamento, già elevate, si aggiunge il cambio, che sovratutto per l'America è altissimo, si ottiene un valore «commerciale» medio almeno triplo o quadruplo di quello che ha corso per i corrispondenti giornali italiani.

Molta forza è data a quei periodici dalla réclame, abbondantissima, tanto che occupa una metà incirca delle pagine che formano i fascicoli, e al tempo stesso molto costosa: per esempio nel *Lancet* è tariffata 200 franchi (8 sterline) a pagina, per ogni inserzione!

La réclame rende all'amministrazione di questo giornale mezzo milione l'anno quasi al netto, mentre gli abbonamenti le fanno introitare una somma doppia. Gli introiti del *Practitioner*, del *Journal A. M. A.*, ecc., si valutano ad alcuni milioni ogni anno. Queste cifre paiono quasi fantastiche in Italia, per giornali medici.

Il *British*, il *Journal A. M. A.*, i *Proceedings*, ecc. sono legati amministrativamente alle associazioni da cui emanano: nelle casse sociali versano i guadagni. Seguono le loro sorti: ad esempio, per la campagna contro le assicurazioni statali, condotta dal *British*, l'Associazione medica britannica rimise circa un milione, a fondo perduto.

I guadagni del *Lancet* tornano in larga misura alla famiglia medica inglese: vengono impegnati nei «fondi» costituiti in favore dei medici e delle loro famiglie; ciò ha cattivato a quel veterano del giornalismo medico inglese molte simpatie e ne ha accresciuto sempre di più il credito.

***

Alcuni aspetti del giornalismo medico anglo-sassone. — Data la grande larghezza di mezzi di cui dispongono, non c'è da meravigliarsi se i giornali medici inglesi ed americani a forte diffusione risultano, nell'insieme, molto bene redatti.

Essi mettono largamente a profitto le qualità «di fondo» della razza anglo-sassone.

Sono forse meno ricchi di contributi originali che gli ebdomadari tedeschi, tra i quali somigliano di più alla *Medizinische Klinik*; ma in compenso rispondono di più a criteri di praticità. I giornali francesi e quelli italiani sono più agili, meno ingombri di rubriche e di materiale. Quelli italiani, poi, stanno a sè per un carattere peculiare: il loro nazionalismo alla rovescia; difatti si occupano quasi esclusivamente di ciò che si fa fuori d'Italia,

(1) Questo periodico viene inviato in omaggio con molta liberalità a biblioteche, circoli, grandi alberghi, stazioni di cura, ecc., non solamente d'Inghilterra ma del Continente, ciò che concorre notevolmente a divulgarlo.

mentre i giornali inglesi ignorano quasi tutto quello che non si fa in patria; neppure gli americani possono gareggiare con l'eclettismo e l'internazionalismo a oltranza degli italiani.

La caratteristica più decisa della stampa medica anglo-sassone è certo la tendenza alla praticità Difficilmente qualche medico si smarrisce nel campo delle vane astruserie e del dottrinarismo inconsistente; tutti procurano di rendere immediatamente utilizzabili le ricerche scientifiche, l'esperienza clinica, i dati statistici, le induzioni, le ipotesi...

Qualche volta questa prerogativa degenera persino in difetto, impaluda nell'empirismo gretto e sterile.

I problemi d'indole generale vengono bensì sollevati ed agitati, sovratutto nella stampa americana; ma solo perchè è stato compreso il valore pratico delle generalizzazioni.

E solo in quanto ha ripercussioni pratiche, ci si spiega la parte notevole fatta alla medicina sociale ed ai problemi relativi all'insegnamento della medicina.

Nell'esposizione gli autori si attengono quasi sempre ad uno stile piano, elementare, semplicissimo, tanto che non occorre di conoscere l'inglese per leggere i lavori inglesi di medicina: basta averne appena qualche rudimento.

Molti contributi si distinguono perchè condotti con un garbo e una bonomia tutta inglese, o compenetrati da un *humour* di buona lega. Ricordiamo, a titolo di esempio, alcuni articoli del chirurgo Moynihan, scritti con tanta abile e simpatica *verve*, che costringono quasi a farsi leggere. Ve n'è uno che illustra il paradosso: «La sede più frequente dell'ulcera gastrica è nella fossa iliaca destra».

Non pochi scritti assumono forme insuete, che lasciano gradevolmente sorpresi. Ricordiamo, a titolo di esempio, una conferenza di Robertson sul diabete, nel *Practitioner*.

È difficile darne un'idea: bisognerebbe riportarli.

Le polemiche sono quasi sempre condotte con misura e con efficacia. Rare volte trascendono; ad esempio, se n'è svolta una tra il patologo generale Wright ed il chirurgo Cheyne sulla cura delle ferite di guerra, nella quale, contrariamente alle consuetudini, uno dei due contendenti, il Wright, è stato acre ed intemperante; ma la redazione del *Lancet* si è creduta in obbligo di richiamarlo all'ordine.

Naturalmente accade, come in Italia, che gli stessi nomi si ritrovino con frequenza in molti giornali; vi sono autori che ammanniscono, per anni, sotto molti titoli e sotto forme diverse o con poche varianti, le stesse osservazioni e le stesse elucubrazioni in più giornali (quante volte non accade d'incontrare il nome di Einhorn!); vi sono grafomani che disseminano le loro insulsaggini un po' dovunque.

Siffatto inconveniente però è forse meno avvertito che in Italia, almeno nei giornali di medicina pratica, perchè nell'Inghilterra e negli Stati Uniti è più largo ed efficace il contributo dei medici pratici. Questi alle volte non sanno esporre in forma corretta le loro osservazioni «vissute», le quali possono avere molto valore; ma le buttano giù alla meglio; poi provvede la redazione a ritoccarle dal lato letterario ed a renderle pubblicabili: così non vanno perdute, ed il campo non resta invaso dai soli autorastri di professione e dai medici che vogliono far carriera accumulando titoli stampati, nella lusinga che vengano poi valutati a peso di bilancia...

* * *

Conclusioni. — Nell'insieme il giornalismo medico anglo-sassone ha assunto uno sviluppo poderoso, che si è imposto all'ammirazione. E c'è da aspettarsene un incremento sempre maggiore in un prossimo avvenire.

In Italia, da quando abbiamo cominciato a scoprirlo, siamo venuti seguendolo con crescente simpatia. Tant'è vero che esso tiene un posto sempre più esteso nelle recensioni dei nostri giornali e che i lavori inglesi e americani figurano sempre più largamente nella parte storica e bibliografica delle nostre memorie originali.

Sotto molti riguardi il giornalismo medico anglo-sassone è più progredito del nostro, che però sostiene con onore il confronto.

Nei migliori periodici a larga diffusione apprezziamo sovratutto la copia ed il valore pratico del materiale pubblicato, la compiutezza e la vastità delle recensioni, l'importanza assegnata alla medicina sociale e, in alcuni, la campagna contro le specialità terapeutiche ciarlatanesche ed il controllo sulla *réclame* esercitato dalla redazione.

È con soddisfacimento e senz'ombra di rivalità che rileviamo questi pregi.

Dall'esempio che ci viene offerto vorremmo unicamente derivare un'emulazione sana e fattiva.

Dott. L. VERNEY.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Il campo della chirurgia neurologica.

(W. SHARPE. *Med. Record*, 27 ottobre 1917).

Durante gli ultimi quindici anni grazie sopratutto all'opera di Horsley, Eiselsberg, Krause e Cushing il campo della chirurgia neurologica si è notevolmente allargato. Molte affezioni nervose per lo passato ritenute inoperabili sono ora, mediante opportuni interventi operativi, suscettibili di miglioramento e talora anche di guarigione. Questo progresso terapeutico si deve sopratutto alla possibilità che si ha ora di fare una diagnosi precoce, ed al riguardo rendono servigi incalcolabili l'esame oftalmoscopico e radiologico, nonchè al miglioramento della tecnica ed ai più intimi rapporti tra chirurgi e neuropatologi, e rispettivamente alla diffusione delle conoscenze della neuropatologia tra i chirurgi e della tecnica operatoria tra i neuropatologi.

La chirurgia neurologica naturalmente non si limita solo all'asportazione dei tumori cerebrali, perchè se così fosse la sua opera non sarebbe davvero incoraggiante. Come è noto quasi l'80 % dei tumori del cervello sono maligni e perciò anche quando fosse possibile rimuovere tutto il neoplasma, i risultati terminali sarebbero gli stessi, la pietosa condizione del paziente sarebbe unicamente prolungata. Tuttavia la grave cefalea ed i disturbi della visione possono essere temporaneamente attenuati ed anche prevenuti se il trattamento operativo è precoce. Al riguardo anche quando il tumore non può essere localizzato è sempre consigliabile intervenire per abbassare la pressione intracranica e quindi impedire l'ulteriore sviluppo dei disturbi della visione ed eventualmente della cecità. Questo trattamento permette in secondo tempo di accertare la sede del tumore, quando cioè gli ulteriori sintomi clinici ne consentono la localizzazione, e così se ne può fare l'asportazione senza che nell'attesa il paziente perda la vista.

I tumori del midollo spinale invece hanno una prognosi meno sfavorevole non solo perchè la percentuale in malignità è più bassa, ma anche perchè si possono più esattamente localizzare e sono più accessibili chirurgicamente. La laminectomia è divenuta un'operazione non così difficile come lo era per il passato, tanto che essa viene praticata abbastanza comunemente anche a solo scopo esplorativo.

Una particolare difficoltà diagnostica e chirurgica offrono gli ascessi cerebrali. Di solito essi sono la conseguenza di un'otite media con la successiva diffusione alla mastoide. Essi quindi si localizzano o al contiguo lobo temporosfenoidale e meno frequentemente all'adiacente lobo cerebellare. Questa ultima localizzazione con un esame accurato può essere accertata, mentre quella del lobo temporo-sfenoidale trattandosi di un'area relativamente silenziosa del cervello, specie a destra nei destrimani, è di difficile diagnosi. Per lo passato gli otoiatri nei casi di sospetto ascesso del lobo temporo-sfenoidale usavano fare una puntura esplorativa attraverso il campo infetto della mastoide. Ma così facendo si rischia di rendere infetta una parte eventualmente sana. Di regola la corteccia cerebrale non dovrebbe essere punta alla cieca, senza cioè prima avere aperta la dura anche per evitare la lesione di qualche vaso corticale, con la conseguente disastrosa emorragia. Ad ogni modo è più ragionevole dal punto di vista chirurgico e più utile per la esatta localizzazione dell'ascesso fare l'incisione nell'area subtemporale facendo naturalmente un'incisione verticale. Se così si trova l'ascesso si può fare più utilmente il drenaggio nella parte bassa dell'angolo d'incisione alla base del cranio, e se l'ascesso non si trova pur evitando ogni pericolo di meningite o di meningo-encefalite l'operazione riesce sempre vantaggiosa in quanto produce una decompressione, che attenua i sintomi molesti e permette all'ascesso di manifestarsi ulteriormente con sintomi di localizzazione più precisi.

Nel morbo di Little, in cui i fenomeni spastici sono dovuti ad un arresto di sviluppo del fascio piramidale in rapporto ad una meningo-encefalite oppure ad un'emorragia causata da parto laborioso con la conseguente distruzione del tessuto cerebrale, si può solo in questo ultimo caso ottenere qualche vantaggio dall'intervento chirurgico.

Naturalmente occorre stabilire esattamente la diagnosi differenziale della lesione iniziale e ciò si può fare mediante l'esame oftalmoscopico e la puntura lombare in quanto che nei casi dovuti ad emorragia si ha un aumento della pressione endocranica.

L'autore con la decompressione sub-temporale ha avuto nei bambini buoni risultati sia dal punto di vista mentale che fisico. I suoi casi però datano da troppo poco tempo perchè

si possa trarre delle conclusioni sui risultati terminali. Certamente gli effetti saranno differenti a seconda che l'emorragia si è verificata sopra la corteccia determinando solo una compressione e pochi fatti distruttivi o che è avvenuta nella sostanza stessa della corteccia provocandone la distruzione.

Il metodo recentemente usato di drenare a mezzo di strisce di garza i ventricoli nei casi di idrocefalo interno e di drenare gli spazî sub-aracnoidei e subdurali in quelli di idrocefalo esterno è molto più ragionevole ed efficace del metodo usato per il passato di riunire i ventricoli con gli spazî sub-durali a mezzo di tubi attraverso il corpo calloso.

Nelle paralisi brachiali da parto, dovute come è noto ad uno stiramento del plesso, la guarigione nella maggior parte dei casi si ha spontaneamente. Ma quando si ha la separazione completa dei monconi o al punto lacerato si forma una cicatrice che interrompe la continuità nervosa la paralisi di grado più o meno accentuato persiste a meno che non si intervenga chirurgicamente. L'epoca ideale per l'operazione è al primo mese di età (l'anestesia non è necessaria) quando c'è paralisi completa dell'arto. Nei casi però in cui le dita o il braccio possano subito dopo il parto muoversi anche leggermente è consigliabile attendere fino a tre mesi per la eventualità di una guarigione spontanea. Nei casi inveterati, ossia quando i bambini sono portati a consulto dal chirurgo anche dopo 5-6 anni si possono ottenere discreti risultati, ma i migliori si hanno al primo anno di età.

Nelle fratture della colonna vertebrale a meno che non sia provata indiscutibilmente la sezione totale o la irreparabile contusione del midollo, si dovrebbe sempre praticare una laminectomia esplorativa allo scopo di rimuovere eventuali compressioni ossee, l'emorragia e l'edema con grande vantaggio dell'infermo non solo per l'alleviamento dei sintomi attuali, ma per il completo ritorno della motilità nelle parti che si trovano nel dominio della porzione di midollo al di sotto della lesione.

La diagnosi ed il trattamento dei traumi cerebrali ha fatto in questi ultimi anni notevoli progressi. Apparentemente in molti casi sembra che ad una grave frattura del cranio corrisponde una seria lesione cerebrale, mentre al contrario le più pericolose lesioni cerebrali sono accompagnate da lievi o anche da nessuna frattura cranica. La frattura (a meno che non si tratti di quelle depresse della volta le cui schegge devono essere subito rimosse) in questi casi non deve essere considerata terapeuticamente come un elemento importante; la massima attenzione richiede l'aumento della pressione endocranica, la cui rimozione allevia le sofferenze del paziente ed allontana ogni complicanza e pericolo di morte.

Per il resto si adopera un metodo palliativo di attesa, quiete, ghiaccio alla testa, derivazione intestinale. L'abbassamento della alta pressione endocranica del resto, oltre ad alleviare le sofferenze del paziente ed a diminuire le probabilità di morte, riduce al minimo anche i postumi dei traumi cranio-cerebrali, quali le alterazioni del carattere, la cefalea, la facile esauribilità, eventualmente l'epilessia, ecc. La diagnosi di aumento della pressione endocranica si fa a mezzo dell'esame oftalmoscopico, avvertendo però che raramente l'edema papillare si produce entro le sei ore dopo il trauma. Occorre quindi rifare l'esame ripetute volte.

Un altro metodo ben noto è la misura della pressione del liquido cefalo-rachidiano colla puntura lombare: se essa supera i 15 mm. di Hg. si può concludere per l'ipertensione endocranica. Al riguardo bisogna notare che nei casi non gravi di aumento della pressione un notevole miglioramento si ha con la semplice puntura lombare, occorrendo ripetuta più volte.

La più importante quistione da risolvere è quella di trovare il tempo giusto per l'intervento, nel caso che questo si ritenga necessario. Ci sono due periodi nei quali l'operazione è espressamente controindicata: quando c'è grave shock e quando ci sono sintomi di edema midollare e collasso.

L'alta percentuale di mortalità negli operati al cranio si deve in gran parte alla circostanza che l'operazione è fatta intempestivamente quando cioè è presente lo shock. Ma se il paziente supera il periodo della compressione midollare e raggiunge quello dell'edema, quando la bradicardia cede il posto alla tachicardia ed il respiro a tipo Cheyne-Stokes scompare per dar luogo ad una respirazione frequente e superficiale, allora si affaccia un altro problema sulla opportunità dell'intervento. Bisogna innanzi tutto notare che l'accertamento della esistenza di una frattura mediante l'esame radiografico non è assolutamente indispensabile, in quanto che quel che occorre in primo tempo stabilire si è se c'è o non ipertensione endocranica, che, come si è detto, è indispensabile rimuovere. Beninteso nei casi di frattura della volta occorre anche levare le schegge compressive. L'operazione intesa a diminuire la pressione endocranica è sempre indicata

in ogni caso, sia quando è dovuta ad emorragia, sia quando è in rapporto ad edema.

Qualora l'operazione fosse considerata consigliabile si deve preferire la decompressione subtemporale e il drenaggio.

Se non esistono segni di lesione intracranica localizzati è meglio operare, nei destrimani, al lato destro per evitare eventuali disturbi del linguaggio. Nei casi di fratture depresse della volta con segni ben definiti di ipertensione endocranica è bene far precedere all'elevazione dell'area ossea depressa una decompressione subtemporale e ciò allo scopo di evitare lesioni della corteccia per la protrusione attraverso le ossa aperte: se questa protrusione si ha nella zona subtemporale trattandosi di una parte relativamente silenziosa gli effetti non sono così gravi come quelli che potrebbero aversi nei centri sensitivo-sensoriali e motori. Inoltre la via subtemporale non solo mette in evidenza l'arteria meningea media e la porzione del cervello la più frequentemente lesa nelle fratture del cranio, ma permette il drenaggio della fossa media del cranio nella sua parte più bassa. Se la pressione intracranica è così alta che la corteccia cerebrale tende a protundere attraverso la finestra fatta dalla frattura, è in alcuni casi più conveniente fare dopo qualche giorno la medesima operazione al lato opposto della testa. I drenaggi sono di solito rimossi al primo o secondo giorno dopo l'operazione. La convalescenza all'ospedale deve durare almeno due settimane. I pazienti naturalmente devono ritornare con molta lentezza alle proprie abitudini. Occorre in ogni caso praticare di tanto in tanto l'esame del fondo dell'occhio e dei riflessi. Di regola quei disturbi che sogliono seguire i traumi cranio-cerebrali, quali le vertigini, la cefalea, la debolezza di memoria, il torpore mentale, ecc., sono una conseguenza della ipertensione intracranica. Il metodo quindi di curare con sollecitudine questa condizione costituisce la più efficace profilassi di tali disturbi.

Oltre ai già accennati stati morbosi, frequentemente si beneficiano del trattamento operativo altre sindromi. La chirurgia delle lesioni dei tronchi nervosi periferici fa ogni giorno sensibili progressi. Anche nelle forme nevralgiche si può, quando ogni medicamento riesca vano, ricorrere all'intervento operatorio: basti accennare ai benefici effetti ottenuti nelle ribelli neuralgie del trigemino mediante la sezione della radice posteriore del ganglio di Gasser.

DR.

MEDICINA LEGALE.

L'azione dei caustici nei simulatori.

(MINET. *Presse Médicale*, n. 30, 30 maggio 1918, pag. 274).

Il prolungarsi della guerra ha rimesso in evidenza tutti gli antichi procedimenti dei simulatori, la cui ingegnosità peraltro ha dato luogo a delle varianti che talvolta costituiscono delle novità vere e proprie. Ciò può dirsi specialmente per l'uso delle sostanze caustiche che, adoperate in superficie, provocano lesioni note da lungo tempo, mentre iniettate sotto cute determinano delle alterazioni finora non descritte nel loro insieme.

L'A. si occupa unicamente dei caustici propriamente detti, acidi e basi: in quanto ai corpi irritanti, come la trementina, il petrolio, ecc., la loro azione è completamente conosciuta e d'altra parte **sembra che attualmente esse abbiano perduto il favore degli autolesionisti.**

In generale, per quanto riguarda l'azione dei caustici in superficie, il procedimento più abituale consiste nell'applicare su di un dato tratto di cute (più raramente delle mucose) un tampone imbevuto della sostanza caustica o una pasta contenente il prodotto che si vuole adoperare. In questi casi l'aspetto rotondeggiante od ellittico dell'escara, la regolarità dei suoi contorni costituiscono un elemento di prim'ordine per la diagnosi di lesione provocata. Altre volte il soggetto intinge un dito od un segmento di dito nel caustico, onde il caratteristico aspetto di « escara a dito di guanto ».

Il colore e la consistenza dell'escara permettono per lo più di riconoscere il prodotto impiegato: quelle da nitrato di argento sono secche e grigio-nerastre; quelle da acido solforico, nere e secche; gialle e secche se da acido nitrico; grigio-giallastre se da acido cloridrico; molli e con superficie untuosa per soluzioni alcaline (potassa e soda); secche e grigiastre se dovute alla miscela industriale denominata acqua di rame (acqua, acido ossalico, acido solforico).

La conoscenza di queste caratteristiche permette per lo più di riconoscere la lesione provocata e la sostanza di cui fu fatto uso, e di smentire l'affermazione dell'interessato che in generale attribuisce ad uno sforzo, ad una contusione, ecc., il suo male.

Quando l'azione del caustico non fu troppo profonda, l'escara suol cadere dopo breve tem-

po e la cicatrizzazione si compie rapidamente. Se invece la sostanza adoperata agì in profondità, la caduta dell'escara mette a nudo i tendini e talora anche le ossa, con seguito di suppurazioni prolungate e di cicatrici deformi: spesso anzi è necessario l'intervento chirurgico.

Azione dei caustici adoperati per iniezioni ipodermiche. — L'infezione di un acido nel cellulare suttocutaneo, che da quelche tempo in qua si nota con una certa frequenza, determina lesioni alquanto diverse da quelle provocate da iniezioni di petrolio, trementina, ecc.

Si osserva in generale, quando si esamini il malato nelle prime ore ed anche nei primi giorni, di preferenza sull'avambraccio, talora sulle mani, più di rado in altre regioni del corpo, una placca più o meno estesa, con margini policiclici, a tinta scura, con epidermide spesso ricoperta da piccole vescicole ripiene di liquido nerastro. Poco dopo nel centro, ma più spesso alla periferia, talvolta persino ad uno o due centimetri dalla placca, si nota un piccolo foro beante o ricoperto da una crosticina rotondeggiante, il quale corrisponde al passaggio dell'ago iniettore, il cui tragitto può riconoscersi, quando l'apertura è all'esterno della placca, osservando la pelle per trasparenza, come un tratto lineare di aspetto ecchimotico.

Intorno alla placca la pelle è rossa, tesa, calda per linfangioite più o meno estesa: lo stato generale raramente è grave benchè talora la temperatura possa elevarsi anche sino a 39°. Il dolore locale non sembra eccessivo.

Quando si pratichi una incisione in questo periodo iniziale, il derma appare di colorito grigio-nerastro: la tinta speciale può restare limitata alla placca, talvolta invece la oltrepassa. Non vi ha emorragia e l'odore è quello di un tessuto in necrosi. Sotto il derma notasi un'infiltrazione edematosa del cellulare sottocutaneo, che assume spesso una consistenza gelatinosa, e in questo caso, all'incisione, non si ha scolo di materiale liquido.

Qualche giorno più tardi l'aspetto della lesione è cambiato. Le vescicole epidermiche si sono vuotate e l'epidermide è sostituita da un'escara banale che potrebbe far credere all'azione di un caustico in superficie.

La diagnosi differenziale può farsi in base alla traccia della puntura se ancora persiste (specie quando questa trovasi al di fuori dell'escara), per l'imponenza della linfangioite e dei fenomeni flemmonosi alla periferia dell'escara, infine per i caratteristici limiti irregolarmente policiclici della placca in via di sfacelo e che sono assai diversi dai margini regolari, tondeggianti od ovoidei dell'escara dovuta all'applicazione del caustico in superficie.

L'ulteriore decorso è in generale grave: spesso il flemmone richiede incisioni multiple e l'escara, distaccandosi, mette allo scoperto i tendini ed i muscoli sottostanti. Più in là possono verificarsi focolai suppurativi a distanza, ciò che nel caso d'iniezioni di petrolio o simili si verifica di regola in un periodo più precoce.

La diagnosi è in generale facile e per solito si può escludere il flemmone comune, anche perchè i soggetti sogliono invocare una patogenesi inverosimile: uno dei malati osservati dall'A. riferiva il suo male alla puntura di una scheggia di osso; un altro a scorticatura da una scheggia di legno; un terzo a puntura per spina di una sardina, e così via. In conseguenza si può per lo più concludere categoricamente per l'azione di un prodotto caustico iniettato sotto la cute e scartare le cause invocate dal soggetto in esame.

In quanto alla cura non vi sono speciali indicazioni. Le forme flemmonose diffuse richiedono delle incisioni multiple; in quelle in cui il flemmone è circoscritto e poco intenso si può qualche volta evitare l'intervento chirurgico. La guarigione è sempre lenta e lo è tanto più quanto maggiormente l'escara fu estesa in profondità.

V. MONTESANO.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Nefrite cronica con emorragie cerebrali a ripetizione.

L. K. Ledger (rif. in *Medical Review*, febbraio) descrive il caso di un individuo colto a 32 anni, nel maggio 1910, da afasia durata una diecina di minuti; nel novembre successivo, perdita di coscienza, cefalea grave e difetti di parola, con leggera emiparesi del braccio destro e metà destra della faccia. L'orina conteneva molta albumina e pochi cilindri granulosi; pressione sistolica 142 mm. Wassermann negativa. Nell'autunno del 1912 ebbe un altro attacco di afasia transitoria. Nel 1914 venne accettato come soldato e combattè in Francia ove subì anzi l'azione dei gas di guerra, per due volte. Nel gennaio 1917 ebbe emiplegia sinistra, da cui si riebbe in parte per avere poi un nuovo attacco nel marzo, in seguito al quale venne riformato.

Nel settembre dello stesso anno, dopo la sensazione di torpore al lato sinistro, cadde in coma e venne ammesso all'ospedale in tale stato e con emiplegia sinistra. I riflessi dal lato affetto erano esagerati; a destra vi era spasmo con contrazioni cloniche. Cuore ipertrofico, ma non però notevolmente; arterie inspessite e tortuose: pressione sistolica 263. Nell'urina si trovava 0.15 % di albumina con molti cilindri granulosi e jalini; liquido cerebro-spinale mescolato a sangue. Wassermann negativa. Morte dopo una quindicina di giorni, senza aver mai ripreso coscienza.

All'autopsia si notò quanto segue: ipertrofia cardiaca, ateroma dell'aorta, dell'a. basilare e delle a. cerebrali medie. Reni piccoli, molto granulosi, con capsula che si distaccava difficilmente: piccole cisti sottocorticali. Circonvoluzioni cerebrali, appiattite ed atrofiche. Atrofia della corteccia con una intaccatura della grossezza di un'avellana, proprio davanti alla corteccia rolandica sinistra. Si notava un'emorragia datante da qualche giorno, con una effusione recente di sangue, che scavando nella regione del nucleo lenticolare aveva prodotto una cavità grossa quanto un mandarino, con rammollimento della sostanza cerebrale vicina. Nulla di notevole nell'area di Broca, salvo la presenza di due piccole cisti, presso il nucleo caudato.

Il caso si presenta interessante per le lesioni cerebrali successive, dovute ad emorragie indipendenti l'una dall'altra. L'individuo si era ristabilito così bene dalle prime che aveva potuto prestare servizio militare. Probabilmente i primi attacchi di afasia erano dovuti ad emorragie cerebrali (di cui testimoniavano le cisti presso il nucleo caudato), che avevano prodotto il loro effetto provocando aumento di pressione endocranica ed anemia cerebrale circostante.

Siccome le emorragie non avevano colpito parti importanti, l'individuo potè riaversi. È da notarsi che la grande area di atrofia della corteccia, a sinistra, non produceva sintomi definiti o permanenti; la grande emorragia lenticolare destra era stata il risultato di successive emorragie nella stessa località.

Degna di nota è l'età, in quanto che difficilmente un'emorragia cerebrale colpisce l'individuo prima dei 50 anni. Si osservi altresì che in sulle prime la diagnosi di nefrite cronica non era stata fatta specialmente perchè l'ipertrofia cardiaca non era notevole e bassa si presentava anche la pressione sistolica.

FIL.

Il dolore renale.

Watson (*Buffalo Medical Journal*, agosto 1917, rif. in *Paris Médical*) ha studiato i moderni metodi di indagine intesi a precisare il significato del dolore renale.

Egli ricorda che il dolore renale propriamente detto si incontra frequentemente in parecchie affezioni chirurgiche del tratto urinario. Dopo avere eliminato i processi morbosi che possono essere accompagnati da dolori nella regione renale (appendicite, malattie della cistifellea e del fegato, tumori retro-peritoneali, psoiti, ecc.) l'A. passa in rassegna i diversi mezzi di esplorazione fisica e funzionale capaci di svelare la vera causa del dolore renale nei casi di affezione del tratto urinario.

Insieme ai metodi di esame ben noti: analisi completa dell'urina, esame radiologico della regione lombare, degli ureteri e della vescica, cistoscopia e cateterismo degli ureteri seguìto da analisi separata delle orine di ciascun rene, l'A. ritiene necessaria la prova della ftaleina. Si fa una iniezione intravenosa di fenolsulfonftaleina e dopo una mezz'ora si raccolgono separatamente le urine dei due ureteri e si ricerca la quantità di ftaleina escreta.

L'A. insiste anche sulla pielografia fatta dopo una iniezione ureterale di torium al 15 % secondo il procedimento di Burns, potendosi così svelare la presenza di piccoli calcoli non

visibili all'esame radiologico semplice. Anche utile, infine, è il metodo di Kelly, consistente nell'introdurre in ciascun uretere dei cateteri di osso di balena ricoperti all'estremità di cera: i piccoli calcoli ureterali lasciano la loro impronta sulla cera.

Lo studio termina con una rassegna delle cause più frequenti del dolore renale: calcoli del rene, del bacinetto e dell'uretere, pielonefriti o pio-nefrosi (non tubercolari), idronefrosi, rene mobile, uretere fisso per aderenze infiammatorie, tumori, anomalie del rene, ingi-nocchiamento dell'uretere. *a. a.*

L'eziologia ed il trattamento dell'enuresi.

Molte sono le cause addotte per spiegare l'enuresi; si è ritenuto trattarsi di asfissia parziale durante il sonno, dovuta a vegetazioni adenoidi; si è attribuita alla fimosi, a deficienza tiroidea, all'urina troppo acida e talmente irritante che la vesciva non può trattenerla a lungo, H. C. Cameron (*Medical Review*, febbraio) ritiene che sia invece in causa la suggestione. Egli osserva che raramente questo disturbo si osserva nella primissima infanzia; è solo dopo il secondo che il controllo vescicale, già iniziatosi, invece di farsi completo, si rilascia vie più. L'influenza della suggestione viene dimostrata dal contegno del bambino, quando viene messo all'ospedale in osservazione; esso allora si sente come libero dall'ossessione e finisce col non bagnare il letto. Talvolta, in bambini, che sono guariti dall'enuresi, basta il timore di non poter frenare l'urina, o qualsiasi causa che aumenti in qualche modo il nervosismo, per far ritornare o per accentuare l'enuresi.

L'incontinenza talvolta non si limita alla notte, ma si estende anche al periodo del giorno; qualche rara volta si può anche osservare incontinenza delle feci; ciò specialmente quando l'ambiente che circonda il bambino si dimostra pessimista.

Parecchi sono i trattamenti proposti:

1) *Operazioni.* Asportazione delle tonsille e delle adenoidi. Circoncisione.

2) *Manipolazioni.* Iniezione di soluzione salina otto la cute nella regione perineale e pubica, con lo scopo d'abbassare, per controirritazione, l'eccitabilità della vescica. Distensione graduale della vescica per pressione idrostatica. Sollevare i piedi del letto in modo da far defluire l'urina verso il fondo della vescica e proteggere il trigono vescicale dall'irritazione.

3) *Educazione.* Limitazione delle bevande. Svegliare il bambino di notte, ad intervalli. Rabbuffi e punizioni.

4) *Medicamenti.* Belladonna; estratti tiroidei.

5) Suggestione semplice ed ipnotica.

L'A. non ritiene che le prime quattro categorie di trattamento possano essere efficaci; talune però potranno essere utili in mani sperimentate.

Per impedire lo sviluppo dell'enuresi, fin dalla prima infanzia, occorre prevenire che la mente del bambino si concentri sulla difficoltà di vincerla. A malattia già sviluppata la suggestione, che agisce sulla mente del bambino, deve fargli rinascere la confidenza in sè stesso, eventualmente trasportarlo in altro ambiente. Nei casi inveterati si ricorrerà alla suggestione ipnotica, che, secondo quanto dice l'A., ne combatte le cause, e può farla sparire abbastanza prontamente. I. P.

EPIDEMIOLOGIA.

Lo sviluppo di un focolaio autoctono di malaria in Francia.

È stato osservato da P. Ravant (*Paris méd.* 23 marzo) in un distaccamento di 30 soldati addetti a lavori di disboscamento, nella foresta di Aille, ai confini dei monti Mauri. La località non era affatto malarica; i soldati non avevano mai abbandonato la Francia e non avevano mai sofferto febbri malariche, salvo uno che ne era stato affetto venti anni prima. Mescolati ad essi vi erano, però, un centinaio di operai, greci, spagnuoli ed annamiti, quasi tutti vecchi malarici con segni netti di anemia e con splenomegalia.

I lavori di disboscamento erano incominciati nel febbraio: le prime febbri si verificarono nell'agosto e colpirono circa un terzo degli individui; l'esame del sangue ha dimostrato la presenza di *Plasmodium vivax;* nei fossati e nei canaletti della località si sono trovate numerose larve di *Anopheles.*

Lo sviluppo di questa epidemia viene così ricostituito: gli operai, specialmente greci e spagnuoli, vecchi malarici, hanno servito da serbatoio del virus; ad essi hanno attinto le zanzare, che l'hanno poi propagato ai soldati sani.

L'A. si domanda poi perchè i soldati reduci dall'Oriente con febbri malariche non costituiscano centri d'infezione, come si è osservato con questi operai, e trova la ragione nel fatto che i primi sono largamente chinizzati, ciò che non avviene per i secondi, i quali sono quindi dei pericolosi portatori di germi. Insiste quindi sulla necessità di protezione chinica e di misure antianofeliche. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(951) *Sulla dietoteràpia del diabete.* — All'abb. n. 6815:

La cura alimentare rigorosa non conviene ai malati glicosurici e albuminurici con cilindri nelle urine. Come principio generale si può dire che la terapia deve essere appropriata a ciascun individuo, utilizzando la tolleranza degl'idrati di carbonio e tenendo sempre in oculata osservazione il rene, le conseguenze tossiche sul sistema nervoso, sul cuore, sul canale alimentare; glicosurie come l'1 ‰ specialmente se i soggetti sono dei vecchi arteriosclerotici non devono soverchiamente preoccupare, nè indurre ad eccessive limitazioni di idrati di carbonio.

t. p.

(952) Al dott. R. V. da T.:

Sull'argomento potrà riscontrare utilmente:

SEUCERT et MATHIEU: *Maladies de l'œsophage.* Paris, Masson, 1913;

GUISEZ et ABRAUD: *Traité des maladies de l'œsophage.* Paris, Baillière, 1911.

t. p.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

G. VERROTTI. *Compendio di patologia e terapia delle malattie veneree.* Un volumetto tascabile di pag. XI-214, illustrato. — Napoli, Casa ed. Idelson, 1918. Prezzo L. 7.

La « Collana di Terapia Pratica » dell'editore Idelson s'è accresciuta testè di un 10° volume, nel quale il prof. Verrotti, aiuto della Clinica dermosifilopatica di Napoli, espone con grande chiarezza e pari profondità le vedute moderne sulla patologia, sulla terapeutica clinica e sulla profilassi delle malattie veneree propriamente dette (blenorragia ed ulcera molle) e delle paraveneree (condilomi, balanopostite, fimosi, ecc.).

L'esigua mole e la veste esteriore del *Compendio* possono sulle prime indurre a considerarlo come uno dei moltissimi manualetti pratici, formulari e vade-mecum, che pullulano nella nostra letteratura scientifica. Ma, scorrendolo, si vedrà subito che in queste duecento fitte pagine è condensata la materia d'un vero e proprio trattato di venereologia; un'attenta lettura rivelerà poi un così spiccato sapore clinico, una tale chiarezza di concetti, una trattazione dell'argomento così sicura e concisa da legittimare l'affermazione che è questo il primo libro italiano di venereologia che meriti di stare alla pari coi molti esteri: del che tanto più ci compiacciamo noi, che su queste colonne abbiamo auspicato ad un incremento della letteratura medica didattica nazionale. Diremo anzi che, poichè ogni veduta individuale è qui subordinata alla costante preoccupazione di fare opera veramente utile per il pratico, il *Compendio* del Verrotti (che riassume le lezioni da lui tenute agli studenti dell'Ateneo napoletano) è immune dai difetti che sminuiscono il valore di opere consimili, p. es. del più recente e diffuso trattato sulla blenorragia, quello del Luys. In quest'ultimo troppo spesso l'obbiettiva trattazione delle forme cliniche e dei metodi terapeutici è pregiudicata dalla costante cura di mettere in luce il metodo diagnostico-terapeutico d'elezione: l'endoscopico. Metodo la cui sistematica applicazione costituisce, è vero, un merito quasi esclusivo del venereologo francese, ma che non può a meno di prestare il fianco a varie obbiezioni e dovrebbe avere assai più controindicazioni e limitazioni che non gli vengano riconosciute dai sostenitori ad oltranza. Tanto più piace vedere come a questo riguardo il Verrotti rimetta le cose a posto; ciò che egli fa, del resto, con molti altri metodi terapeutici moderni e modernissimi, la cui « novità » trascende di gran lunga la razionalità e l'utilità (metodo di Degay, dilatazione alla Kollmann, ionizzazione ed elettrolisi endouretrali, sieroterapia antigonococcica, ecc.).

Questa costante preoccupazione critica, questa decisa tendenza a non suggerire se non ciò che è positivamente utile, è il pregio essenziale del nuovo *Compendio*: alla farragine delle notizie, dei procedimenti e delle formule terapeutiche, che caratterizza molti libri cosiddetti « pratici », e in chi vi cerca una norma di condotta altro non ingenera se non confusione; è qui invece sostituita una costante e rigorosa deduzione, dai dati anatomopatologici, delle singole forme cliniche; e, da queste, dei più acconci criteri terapeutici. Tanto più ciò è utile nel campo d'una specialità che, come la venereologia, è troppo spesso esercitata in modo quasi empirico e, sopratutto, è alle prese con le quotidiane strombazzature dei preparatori di specifici infallibili.

Ecco perchè siamo certi di far cosa utile, consigliando il *Compendio* ai colleghi anche non specialisti, e consigliando all'autore di estendere la sua trattazione, in altri volumetti, alle altre due branche della specialità: la Dermatologia e la Sifilografia.

P. R.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Riconoscimento di diritti

« Chiedete e vi sarà dato; cercate e troverete; picchiate e vi sarà aperto. Perciocchè chiunque chiede riceve e chi cerca trova e sarà aperto a chi picchia ».

Noi non abbiamo chiesto, non abbiamo cercato, non abbiamo bussato invano. Le nostre insistenze documentate di fatti e confortate di giustizia hanno finalmente avuto ragione della ostinazione di leggi anacronistiche.

Abbiamo già dato notizia in altro numero del giornale di un recente decreto luogotenenziale il quale, abrogato l'art. 5 del decreto 20 novembre 1916, n. 1552, dispone che per la durata della guerra, in deroga all'art. 47 della legge 2 luglio 1896, n. 254, e successive modificazioni, gli ufficiali di complemento delle armi combattenti, e gli ufficiali dei corpi sanitari, di qualunque provenienza, possono essere promossi per anzianità fino al grado di tenente-colonnello.

La importanza di questo decreto non ha bisogno di essere illustrata: praticamente il corpo medico militare agli effetti più sostanziali passa nella categoria delle armi combattenti. La classe sanitaria, quasi tutta richiamata alle armi, non può non essere soddisfatta di questo riconoscimento ufficiale di uno stato di fatto universalmente riconosciuto, non può non essere lieta di avere raggiunto le aspirazioni oramai annose, e che noi con una insistenza, ben degna della giustezza della causa, avevamo sollecitate.

Certo la concessione fatta agli ufficiali medici appare tanto più rilevante in quanto che essi per essere equiparati nel trattamento di promozione agli ufficiali delle armi combattenti si sono avvantaggiati di due gradi (maggiore e tenente-colonnello), mentre gli altri per lo stesso decreto si sono avvantaggiati di un grado solo: senza dire che gli ufficiali di tutti gli altri corpi (commissari, contabili, farmacisti, veterinarî, giustizia militare, ecc.) possono conseguire solo la promozione fino al grado di capitano.

La larghezza di criteri del decreto ed il beneficio che ne deriva alla classe è tanto più rimarchevole in quanto che per ottenere le promozioni non si tiene affatto conto del modo e delle ragioni con cui fu assegnato il grado all'atto del richiamo alle armi: tutte le successive promozioni si fanno con unico criterio: l'anzianità. Gli ufficiali medici potevano conseguire in base a titoli accademici i gradi superiori fino a tenente-colonnello, ma il grado che a ciascuno veniva attribuito non poteva variare se non in base a nuovi titoli accademici. Così per es. un tenente medico di complemento che durante la chiamata alle armi compiva 15 anni di esercizio professionale veniva in base a tale titolo promosso capitano. Ma questi o un altro medico nominato capitano in base, ad esempio, alla libera docenza non poteva essere promosso maggiore se non avesse dimostrato il possesso di quel nuovo titolo accademico che fosse ritenuto indispensabile per la concessione di tale grado. Con il recente decreto luogotenenziale è ammessa per tutti gli ufficiali medici di complemento la promozione ad anzianità fino al grado di tenente-colonnello, e cioè sia per quelli la cui promozione si fermava al grado di tenente, sia per quelli nominati in base a titoli accademici; da questi ultimi ufficiali medici dunque la promozione al grado superiore può essere conseguita non solo per nuovi titoli acquisiti, ma anche per anzianità di grado.

L'ufficiale medico effettivo, come per gli altri corpi e servizi, resta sempre l'elemento regolatore delle promozioni ad anzianità, nel senso che non può essere promosso per sola anzianità un ufficiale medico delle categorie in congedo se prima non viene promosso l'ufficiale medico effettivo di pari anzianità. In conseguenza promossi al grado di maggiore i capitani medici dell'anzianità **1° gennaio 1915**, vengonò promossi automaticamente tutti i capitani medici delle categorie in congedo della stessa anzianità e, insieme a tutti gli altri, anche quelli che tale grado avevano conseguito per titolo accademico e che prima dell'attuale disposizione di legge ne sarebbero stati esclusi.

Le idee di chi scrive, su questo stato di subordinazione permanente dell'elemento medico richiamato verso quello effettivo, sono ben note. Esse furono chiarite con soddisfazione di tutti nel corso di una cortese discussione avuta l'anno scorso con l'egregio maggiore dott. Mendes. Non si può contestare, anzi si deve *toto corde* sollecitare, che agli ufficiali medici, i quali entrarono a far parte dell'esercito permanente prima della guerra, sia fatto un trattamento che riconosca le loro benemerenze, il loro zelo, la loro specifica capacità professionale e ripari almeno in parte ai sacrificii ed ai torti che subirono *ante bellum* e che tuttora subiscono in confronto degli ufficiali delle altre armi.

Non è un mistero per nessuno che la mag-

gior parte di questi colleghi, raggiunto al principio della guerra il grado di maggiore, e pareva gran cosa, vi sono rimasti impantanati, mentre i loro commilitoni di altre armi di pari età e con lo stesso numero di anni di carriera sono in buona parte colonnelli e generali. Chi sa, e tutti lo sanno oramai, quale sia l'attuale importanza materiale e morale del grado di maggiore, comprende quanto debba essere poco soddisfacente la posizione di questi colleghi. E la classe medica non solo per spirito di solidarietà ma anche nel proprio interesse deve augurarsi e sollecitare che sia fatto loro un trattamento più decoroso, più confacente alle loro prestazioni, più omogeneo allo stato economico attuale, e più intonato all'armonia dell'organismo di cui fanno parte.

Ciò premesso, non possiamo fare a meno di deplorare che la promozione dei capitani medici a maggiore sia ancora subordinata a quella degli effettivi di pari grado. I colleghi richiamati che attualmente hanno il grado di capitano costituiscono la grande maggioranza del corpo sanitario militare. Tra essi vi sono medici anziani, colti, sperimentati, valenti, che per mancanza di titoli accademici non hanno potuto raggiungere un grado superiore e lo stesso grado di capitano hanno raggiunto con molto ritardo. Sono essi che disimpegnano la maggior parte del servizio in zona di operazioni, nelle retrovie e nella zona territoriale. Far dipendere la loro promozione da quella dei giovanissimi colleghi effettivi che sono ora già capitani, benchè laureati solo negli ultimissimi anni e anche durante la guerra, non è giusto, non è pratico, non è conveniente ai fini stessi del servizio, che non richiede una gerarchia di grado militare, ma esige sopra tutto una gerarchia di competenza, di cultura e di esperienza.

Più non diciamo per non rinfocolare dissensi e riaprire discussioni incresciose. Il significato di quel che abbiamo accennato è chiaro e non può non essere compreso da chi deve provvedere e già tanto bene ha provveduto a soddisfare le legittime aspirazioni dei medici richiamati alle armi.

PANGLOSS.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

Cronaca del movimento professionale.

L'elezione del rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità.

I nostri lettori sanno che, in seguito alle dimissioni dell'on. Brunelli da membro del C. S. S., provocate dai voti di numerosi Ordini di medici, vennero portate varie candidature per l'elezione del nuovo rappresentante presso il Consiglio: Silvagni, Simonetta, Ballerini, Castellino, Cingolani. Gli ultimi tre candidati si ritirarono dall'agone.

Procedutosi alle elezioni, nè il Silvagni nè il Simonetta raggiunsero il minimo dei voti richiesti; e non avendo uno dei due ritirata la propria candidatura, nella elezione di ballottaggio i voti andarono così divisi: 35 a Simonetta, 32 a Silvagni, 1 scheda bianca; proclamato eletto il Simonetta.

In seguito al risultato della elezione, il prof. Silvagni ha rassegnato le dimissioni da Presidente della Federazione degli Ordini con questa nobile lettera:

Chiarissimo prof. dott. LUIGI CAPPELLETTI
Vice-Presid. della Federaz. degli Ordini dei Medici
Venezia.

Caro Cappelletti,

il verbale della adunanza tenuta in Firenze dal nostro Consiglio Federale il 1° maggio scorso, e la circolare firmata da te, da Dal Prato e da Ruzzini per la Giunta Esecutiva in data 30 maggio sono, singolarmente ed insieme, i due documenti che, diramati agli Ordini, mostrano chiaramente come sorse per volontà del Consiglio la proposta del mio nome a rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità. Nessun artificio polemico può valere a dare alla mia candidatura, proposta da voi, carattere di contrasto agli altri nomi: e nessun ostinato preconcetto, di chi o non mi conosce o mi conosce poco, può riuscire a far credere che la mia candidatura sia stata voluta, o desiderata da me. Le dichiarazioni mie furono chiare e precise, e ognuno di voi lo sa. Il Consiglio mi chiese un atto di disciplina; io ubbidii. Il Consiglio invitò a disciplina gli Ordini, e questi nella loro maggioranza non hanno accolto l'invito.

Mio è, se pur può essere di un singolo, il convincimento che pei pubblici uffici non vi sono uomini necessari. Perciò ti consegno con questa lettera le mie irrevocabili dimissioni da Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici.

Compiuto questo dovere, lasciami solo esprimere il desiderio che il sentimento di solidarietà, che conosco ed apprezzo anche prima che sia espresso, sia vinto in te e nei benevoli amici del Consiglio dalla necessità di non interrompere o rallentare l'opera della Federazione. Non fu questa opera mia personale; ma compiuta con il consiglio e con il concorso vostro. In questa ora di vero e santo giubilo per le sorti della Patria la Federazione continui nell'azione sua che, se non può essere a tutti nota, non è stata per questo meno utile, e

anche, concedi che io lo dica, meno cara a tanti e tanti nostri colleghi da noi tenacemente difesi e protetti.

Alla memoria dei nostri colleghi morti, al cuore di tutti quelli che assistono i nostri superbi soldati combattenti, il mio affettuoso e commosso saluto

tuo
LUIGI SILVAGNI.

Nella lotta, il cui esito ha dato motivo alle dimissioni del prof. Silvagni, erano in campo uomini di valore e di fede, amici nostri carissimi; noi ci siamo completamente astenuti dal parteciparvi, soprattutto perchè non era *lotta di principii*. La necessità dell'elezione di ballottaggio prima, la poca differenza nel numero dei voti tra l'eletto e il soccombente poi, dimostrano che gli Ordini medici hanno apprezzato altamente le qualità e le benemerenze dei due candidati.

Un disagio aveva creato in seno agli Ordini la intromissione di questioni troppo politiche e un po' personali. L'elezione del prof. Simonetta, a parte le eccellenti qualità dell'uomo, ha forse quest'intimo, riposto senso, che il periodo di lotte politiche vuole essere perfino dimenticato; che un'èra di lavoro concorde, fraterno, vuole iniziarsi.

Gli uomini più spesso che non appaia, e ch'essi stessi non credano, sono l'espressione d'una fase storica, costituiscono uno degli elementi dell'evoluzione sociale. Nessuna amarezza colpisce l'uomo politico, quando il suo momento è oltrepassato.

Se il nostro apprezzamento è giusto, possiamo congratularci con la classe medica che, pur avendo reso il suo debito di gratitudine all'operoso suo presidente, ha chiamato a suo rappresentante il prof. Simonetta, che di essa è sempre stato un ottimo consigliere ed amico, che nell'esercizio delle pubbliche funzioni ha portato sempre serena imparzialità, disinteresse personale assoluto, coscienza convinta.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'alimentazione degli ammalati.

Per aver norma circa gli eventuali provvedimenti per l'alimentazione degli infermi, nelle attuali circostanze, il Ministro degli approvvigionamenti e consumi convocò una « Commissione scientifica dell'alimentazione » della quale facevano parte molti dei più illustri professori delle Facoltà mediche del Regno.

Per riguardo alla scelta dei cibi adatti per gli ammalati la Commissione è venuta alle seguenti determinazioni:

1. *Latte e suoi prodotti derivati*. — Il latte come è ben noto è la base dell'alimentazione del maggior numero degli infermi, anzi per alcuni è prescritta la dieta lattea esclusiva.

In rapporto al latte la Commissione esprime i seguenti voti e pareri:

a) che il Ministero provveda affinchè agli ammalati, sia negli ospedali, sia nelle famiglie private, non venga a mancare mai un sufficiente quantitativo di latte puro, e che in caso di estrema penuria si tolga il latte in parte e anche totalmente alla popolazione sana per serbarlo agli infermi;

b) che i prodotti industriali distinti con i nomi di latte omogenizzato e sterilizzato, di latte ridotto o evaporato, di latte condensato, sono in genere assai buoni sostitutivi del latte fresco e bisognerebbe favorirne la produzione nazionale e la importazione dall'estero;

c) che si aumenti e si renda più rigorosa la vigilanza per impedire le frodi e le adulterazioni del latte;

d) che nei limiti del possibile si favorisca la produzione del latte di capra o di asina, oltre quello di vacca. Il latte di asina nelle popolazioni del Mezzogiorno gode grande favore come rimedio alimentare;

e) che i latticini in genere (non fermentati e ricotte) sono eccellenti sostituti della carne e possono essere somministrati a molti malati con grande vantaggio.

2. *Uova*. — Le uova dopo il latte formano gran parte dell'alimentazione degli infermi, sia per il loro potere nutritivo, sia per la digeribilità e l'appetibilità. Anche per questo genere di cibo la Commissione fa voti perchè se ne facciano riserve speciali per gli ammalati ed in ogni caso si trovi il modo di riserbarli a questi soli quando ve ne sia grande penuria.

3. *Carne e derivati*. — La questione della indispensabilità della carne, così complessa e controversa per l'alimentazione dell'uomo sano, è pure assai difficile a risolversi, da un punto di vista teorico, quando si tratti di certe malattie. Senza entrare in discussioni di indole scientifica e solo seguendo gli insegnamenti della pratica medica, si può affermare che in ispecie per le malattie debilitanti e consuntive la carne è assolutamente indispensabile ed insostituibile. La Commissione quindi fa anzitutto voti perchè non manchi mai la carne per gli infermi che ne abbiano bisogno. Stabilisce poi i seguenti criteri:

a) oltre le carni fresche si possono somministrare agli ammalati anche le carni congelate. Queste ultime però non dovrebbero servire per fare il brodo;

b) riguardo alle varie specie di carni, oltre a quella bovina che è la più comunemente usata per gli infermi, si noti che per alcune malattie le cosiddette carni bianche sono giustamente di preferenza prescritte e non dovrebbero mancare nemmeno negli ospedali.

Tra queste carni bianche le più adatte sono quelle del coniglio, dell'agnello e dei pesci. Esse possono sostituire la carne di pollo che ha più che altro una importanza psichica stimolante l'appetito degli infermi;

c) per i brodi la Commissione non può disconoscere il valore dell'opinione comune che ne fa un così importante elemento nel pasto del maggior numero degli infermi. Pur sapendo che il contenuto in calorie del brodo è piccolissimo, devesi tener conto delle sue proprietà stimolanti e gustative. Allo scopo di ridurre al minimo possibile il consumo della carne, si raccomanda di usare per il brodo e per

le gelatine sopratutto le ossa e le parti connettivali e tendinee e inoltre di aggiungere buone quantità di verdure che rendono l'uno e le altre più nutrienti e saporiti.

Anche i cosiddetti brodi vegetali potranno essere utilmente adoperati in sostituzione del brodo di carne. Aggiunta di leguminose e di farinacei conferirà al brodo un alto valore nutritivo;

d) gli estratti genuini di carne possono servire per la confezione di brodi non molto differenti da quelli ottenuti dalla carne fresca, e perciò si consiglia di favorirne la produzione e la importazione.

4. *Grassi.* — Per i grassi il problema resta assorbito dalla questione dell'alimentazione generale, fatta pure eccezione per il burro a vantaggio specialmente dei tubercolosi e dei diabetici.

5. *Pane.* — Il problema principale del pane per gli infermi è se questi in genere possono senza danno nutrirsi col pane ordinario confezionato con la farina abburattata all'85 %.

Una discussione su questo argomento non è facile e non condurrebbe probabilmente ad un accordo.

Eliminata per le presenti condizioni la possibilità di fare un pane speciale per gli infermi, la Commissione crede che si possa risolvere il problema pratico dando la facoltà agli infermi medesimi di acquistare con la tessera del pane una metà in peso di grissini o di biscotti, la cui produzione dovrebbe essere anche per questo scopo favorita e regolata.

La Commissione non ritiene indispensabile la fabbricazione del cosiddetto pane al glutine per i diabetici, mentre reputa molto utile la confezione di pane di avena, di orzo, di segala o di granturco specialmente per alcune malattie del ricambio.

6. *Pasta, riso, farine.* — La pasta rappresenta uno dei migliori alimenti degli infermi e per i convalescenti nella sua composizione più semplice e comune. Anche il riso è per essi un ottimo cibo sebbene meno ricco di azoto.

7. *Leguminose.* — A tutti è noto l'alto valore nutritivo dei semi delle leguminose e come le farine e le «purées» di questi costituiscano un vero alimento terapeutico per talune malattie del tubo gastro-enterico.

Per l'alto contenuto di azoto proteico le leguminose possono entro certi limiti sostituire la carne e si raccomanda perciò di promuovere la preparazione di farina di lenticchie, di ceci, di piselli, di fave, ecc., anche per gli infermi come è stato fatto per i bambini.

8. *Zuccheri.* — La Commissione pone anzitutto in evidenza l'importanza del saccarosio nella alimentazione degli infermi, importanza che si basa non solo sul valore energetico di questa sostanza, ma anche sulle sue proprietà gustative che lo rendono desideratissimo ad ogni malato.

Anche per lo zucchero come per altri cibi, la Commissione rinnova il voto che in caso di grave penuria tutto lo zucchero sia riservato agli ammalati ed ai bambini.

Infine la Commissione ha sottoposto al Ministro varie considerazioni in rapporto ai provvedimenti da adottare.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Riporto come da pag. 1452 del fascicolo 49 del 2 dicembre 1917 .	L.	450.00
Da aggiungersi per errore di somma avvenuto nel fascicolo stesso	»	25.00
	L.	475.00

Altre offerte pervenuteci successivamente:

Caselli dott. Carlo, Zona di guerra . .	»	10.00
Cabibbo dott. Nicola da Comiso . . .	»	10.00
Caminiti Vinci dott. Giovanni da Messina	»	10.00
Miceli dott. Antonino da Messina . . .	»	10.00
Palermo dott. Carlo da Messina . . .	»	10.00
Vadalà dott. Paolo da Messina . . .	»	5.00
Gazzara dott. Pasquale da Messina . .	»	10.00
Bernabei dott. Domenico da Montegallo	»	10.00
Borgna sac. Domenico da Sassari . . .	»	5.00
Magg. med. A. Piolti Novali da Molfetta	»	9.00
Petitti dott. Luigi da Vistrorio . . .	»	10.00
Ricci dott. Angelo da Montereale . . .	»	10.00
Covatta dott. Luigi da Palanzano . . .	»	5.00
Pampiglione dott. Guglielmo, Zona di guerra	»	10.00
Agnese dott. Giuseppe da Bormida . .	»	6.75
Roggeri dott. Domenico da La Plata (Argentina)	»	20.00
Papio dott. Michele da Colon (Repubblica del Panama)	»	30.00
Schelini dott. Goffredo da Dois Corregos (Brasile)	»	30.00
Rossi dott. Francesco, Zona di guerra .	»	6.25
Totale . . .	L.	692.00

Queste L. 692, al pari di quanto facemmo a suo tempo per le precedenti L. 4202.77 da noi raccolte, sono state ora trasmesse, mediante vaglia della Banca d'Italia n. 0,336,362, alla presidenza della Federazione degli Ordini dei sanitari del Regno in Bologna.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7343) *Medico a cura piena.* — Dott. G. B. da C. V. di C. — Per risolvere la posizione cui accenna o deve diffidare il Comune a fare lo elenco dei poveri, che non ha mai compilato, oppure deve intendersela col Comune stesso perchè consenta che dalle persone notoriamente agiate Ella riscuota adeguato compenso per le prestazioni professionali.

(7344) *Prestazioni agli operai degli stabilimenti ausiliarii.* — Dott. D. L. da C. — I medici borghesi che prestano servizio ai militari mediante contratto ad un tanto al mese, sono obbligati a visitare e curare gratuitamente gli operai militari degli stabilimenti ausiliarii, perchè sono anche essi, come è detto, militari.

(7345) *Aumento di stipendio.* — Dott. C. T. 6867. — Che la risposta avuta dal Sindaco e dalla Prefettura sia esatta si deduce dallo spirito informatore del D. L. del 10 febbraio ultimo relativo allo aumento degli stipendii, che fu quello di migliorare, in vista della eccezionalità dell'attuale momento, le condizioni economiche degli impiegati dello Stato e delle pubbliche amministrazioni. Se l'aumento che Ella ha ricevuto sullo stipendio militare dovesse essere detratto dalla differenza che Le corrisponde il Comune, Ella riceverebbe stipendio identico al primitivo ed il vantaggio non ridonderebbe a suo profitto, ma bensì esclusivamente a quello del Comune, che verrebbe mensilmente a pagare somma minore.

E ciò non può essere. Quantunque nessuna circolare disciplini, per quanto consta, tale argomento, noi riteniamo pertanto che, malgrado il conseguito aumento, l'amministrazione comunale debba seguitare a corrispondere la differenza nella misura di prima, senza alcuna maggiore detrazione. Ad ogni buon fine non sarebbe superfluo che l'amministrazione municipale sanzionasse con analoga deliberazione consiliare l'ammontare della differenza di stipendio che Le si dovrà corrispondere a seguito dello aumento ottenuto per effetto del D. L. del febbraio ultimo, anche nella considerazione che, se fu accresciuto lo stipendio militare, avrebbe dovuto essere del pari ed in misura maggiore corrispondente alla maggiore entità dello stipendio, aumentato lo stipendio civile. Se a tanto si fosse in tempo provveduto, Ella avrebbe avuto mensilmente somma maggiore e non avrebbe avuto alcun timore per l'avvenire.

(7346) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da S. — L'articolo 1° del D. L. del 26 luglio 1917 accorda agli interini l'indennità caro-viveri sol quando occupano un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare. Poichè il titolare della condotta che Ella interinalmente esercita non manca, ma trovasi sotto le armi, non ha diritto a tale indennità.

Dott. Justitia.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 1717:

Fino a che Ella non sia stato nominato ufficiale non può optare fra lo stipendio di medico civile e quello di ufficiale medico.

L'articolo 20 del testo unico poi parla di *impiegati dello Stato*, e tali a rigor dei termini non sono i medici condotti. Molti Comuni si sono uniformati a tale regola a favore dei proprii medici, ma qualcheduno vi si è rifiutato.

Questo è lo stato delle cose.

Ella non potrà esser nominato capitano se non quando avrà compiuto i 15 anni di esercizio professionale; quindi dovrà avanzar domanda del grado di capitano subito dopo l'8 luglio corrente.

All'abb. n. 2507:

Con recentissima disposizione il Ministero ha sancito il principio che anche i capitani medici di complemento provenienti dai medici civili possano aver diritto alla promozione fino al grado di tenente colonnello, come gli altri ufficiali medici di complemento.

L'anzianità per la promozione a maggiore di complemento è ora estesa fino al 14 gennaio 1916.

All'ultimo quesito si risponde negativamente.

Al dott. A. N. da S.:

Il suo turno di promozione a maggiore verrà quando saranno promossi i capitani medici effettivi della sua anzianità.

Tale promozione però è ancora lontana, perchè gli ultimi capitani effettivi promossi maggiori avevano anzianità del gennaio 1915, e la carriera degli effettivi è ora stagnante.

All'abb. n. 1225:

Per la prima domanda vale quanto si è detto in risposta al quesito dell'abb. 1717.

L'indennità di entrata in campagna Le spetterà solo nel caso che venga mobilitato. Se impiegato in zona territoriale, data la sua classe, Le spetta la indennità giornaliera.

All'abb. n. 2186:

Ella può appena compiuti i 15 anni di esercizio professionale, e cioè dopo l'8 luglio, avanzare domanda per via gerarchica al Ministero onde ottenere il grado di capitano.

La domanda dovrà essere corredata dai certificati delle autorità dalle quali Ella ha dipeso, che comprovino l'esercizio professionale da Lei prestato durante i 15 anni trascorsi dopo la laurea.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Presso la Facoltà di Medicina di Parigi è stata istituita la cattedra di batteriologia ed è stata affidata al prof. Bezançon, già incaricato dello stesso insegnamento.

Alla cattedra di terapia, resasi vacante in seguito al trasferimento di Marfan all'igiene e clinica della prima infanzia, è stato chiamato il prof. Carnot.

Alla cattedra di clinica di patologia mentale e delle malattie dell'encefalo, resasi vacante per la morte di Gilbert Ballet, è stato chiamato il professore Dupré.

ALBO D'ORO.

Medaglia d'argento.

Abbiamo già dato notizia che al prof. Roberto Alessandri è stata conferita la medaglia d'argento al valor militare.

Ci è grato ora di riportare integralmente, dal Bollettino Ufficiale, la motivazione relativa:

« Direttore di un'ambulanza chirurgica, durante un violento bombardamento che faceva vittime anche fra i ricoverati, provvide con serenità ed abnegazione mirabili al trasporto di ricoverati e di feriti in locali sotterranei, rimanendo calmo nella parte più battuta del fabbricato ed incuorando tutti i dipendenti con la parola e con l'esempio ». Gorizia, 21 agosto 1917.

NOTIZIE DIVERSE

Per l'igiene sociale nel dopo-guerra.

La sezione per l'igiene sociale della Commissione per lo studio dei provvedimenti occorrenti al passaggio dallo stato di guerra allo stato di pace, cui abbiamo già accennato, è così costituita:

Durante prof. sen. Francesco, Presidente; Ascoli prof. Vittorio; Badaloni on. dott. Nicola; Bertarelli prof. Ernesto; Bianchi on. prof. Leonardo; Bonardi on. dott. Eduardo; Della Valle generale medico Francesco; Devoto prof. Luigi; Ducrey prof. Augusto; Foà senatore prof. Pio; Golgi senatore prof. Camillo; Lanfranchi prof. Alessandro; Loriga prof. Giovanni; Lutrario prof. Alberto; Mangiagalli sen. prof. Luigi; Marchiafava senatore prof. Ettore; Murri prof. Augusto; Pagliani prof. Luigi; Pavia on. avv. Angelo; Pietravalle on. prof. Michele; Sanarelli on. prof. Giuseppe; Santangelo dott. Enrico; Sclavo prof. Achille; Simonetta prof. Luigi; Tropeano prof. Giuseppe.

L'ospizio Marino ai Bagnoli.

Sono terminati i lavori di ampliamento dell'*Ospizio Marino* in dipendenza dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri di Napoli, in Bagnoli. Con detti lavori, pei quali il Consiglio municipale votò il concorso di L. 12,000, si sono convenientemente istallati 150 letti, non per la sola stagione estiva, ma per tutto l'anno, con sale di chirurgia, ortopedia, s[illegible]roterapia marina, elioterapia.

L'opera fu iniziata nel 1906 dal prof. Attili[illegible]rcio e diretta dalla sua costante attività.

Fra qualche anno essa verrà triplicata. Nell'attuale edificio rimarranno solo i rachitici, gli anemici ed i paralitici, mentre negli altri due nuovi edifici consimili, allineati sulla meravigliosa spiaggia, verranno ricoverati i tubercolotici maschi e femmine.

L'opera benefica sarà così più proporzionata ai bisogni gravi ed urgenti di Napoli.

Il numero dei soldati tedeschi resi invalidi dalla guerra.

Secondo un rapporto fatto al Reichstag da Schultze, dal principio della guerra oltre 2,700,000 soldati feriti sono ritornati guariti nelle file dell'esercito combattente, 692,000 sono stati riformati dal servizio militare perchè completamente invalidi.

L'epidemia di influenza estiva a Madrid.

Com'è noto, una grave epidemia di una forma influenzale si è verificata in Spagna; nella sola Madrid se ne sono avuti 150,000 casi. Oltre 600 medici sono stati colpiti dal male.

Vittima della brutale aggressione di un pazzo, è morto, giorni sono, a Parigi, il celebre ginecologo SAMUELE POZZI.

Nato nel 1846 a Bergerac, era stato dapprima allievo di Paolo Broca e, seguendo le gloriose orme del maestro, aveva iniziato la sua carriera scientifica con delle memorie d'archeologia. Ma abbandonò ben presto l'arida speculazione, che mal si confaceva al suo carattere vivace, per dedicarsi alla chirurgia, allora in piena rinascenza. Studioso ed acuto osservatore, seppe intravedere nelle conquiste della chirurgia addominale il grande posto che poteva spettare alla ginecologia, che egli trasse dall'oscurità delle vecchie pratiche tradizionali, elevandola a vera e propria specialità. Alieno però dalle grandi mutilazioni, che segnarono i primi ardimenti chirurgici, il Pozzi affermò il suo valore e la sua abilità sopratutto negli interventi delicati della chirurgia plastica e riparatrice.

Non appena stabilito ufficialmente l'insegnamento della ginecologia a Parigi, al Pozzi venne designata la cattedra, che egli tenne con onore, facendosi ammirare per la limpida chiarezza del pensiero e per la forma elevata del suo dire. Pubblicò nel 1890 il noto *Trattato di ginecologia*, di cui furono stampate numerose edizioni e traduzioni (anche in italiano).

Spirito eclettico, egli seppe contemperare l'austerità del lavoro indefesso con la signorile mondanità, la severità degli studî scientifici con gli allettamenti dell'arte. A simiglianza dei vecchi nostri ospedali, egli aveva fatto ricoprire le pareti del meraviglioso ospedale Broca, da lui fondato, con affreschi ad encausto, opera dei migliori artisti di Francia.

Lo scoppio della guerra lo trovò al suo posto, pronto a prodigarsi per la salute e per il benessere dei feriti. La rivoltella di un pazzo incosciente ha troncato questa esistenza, che ha saputo essere nobile fino all'ultimo. Compreso della gravità delle ferite, egli ha chiesto di essere operato senza ritardo: troppo debole per sopportare l'anestesia, egli ha diretto l'operazione nei suoi particolari, da soldato coraggioso, morendo senza agonia sullo stesso tavolo operatorio.

I. P.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione degli ammalati: per l'— . *Pag.* 673
Caustici: uso e azione nei simulatori . . » 666
Chirurgia neurologica: Il campo della — » 664
Cicatrici retrattili vaste: trattamento preventivo con lembi cutanei a ponte . . » 653
Diabete: dietoterapia . . . . » 670
Diritti: Riconoscimento di — . . . . . » 671
Dolore renale . . . . » 668
Enuresi: eziologia e trattamento . . . » 669
Febbre da pappataci o vera influenza? . *Pag.* 658
Giornalismo medico anglo-sassone . . . » 659
Malaria: sviluppo di un focolaio autoctono in Francia . . . . » 669
Nefrite cronica con emorragie cerebrali a ripetizione . . . . » 668
Servizi neurologici della zona territoriale . . . . » 656

Anno XXV. *Roma, 21 luglio 1918* Fasc. 29.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Resoconti clinici: M. Fasano: Note riassuntive di chirurgia di guerra. — **Osservazioni cliniche**: C. Vignolo-Lutati: Canizie precoce e psicopatie di guerra. — **Sunti e Rassegne**: MEDICINA: A. Mathieu: Le infiammazioni catarrali croniche dell'intestino. — CHIRURGIA: S. L. Bloomhardt: Ricerche chirurgiche sul grande omento.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: L'edema pulmonare nella pulmonite ed il suo trattamento. — Le complicanze pulmonari post-operatorie. — Il trattamento del vomito post-cloroformico. — MEDICINA LEGALE: Qualche nuovo espediente clinico per l'accertamento diagnostico della sciatica. — **Posta degli abbonati**. — **Cenni bibliografici**.
Nella vita professionale: A proposito di equiparazione del corpo medico alle armi combattenti. — Per l'assimilazione alle armi combattenti dei medici della R. Marina. — A proposito di anafilassi morale. — Per l'indennità caro-viveri ai medici condotti. — **Atti parlamentari**. — **Amministrazione sanitaria**: Malaria e chinino dello Stato. — **Medicina sociale**: Per l'alimentazione degli ammalati. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Albo d'oro**. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

RESOCONTI CLINICI.

OSPEDALE TERRITORIALE CROCE ROSSA DI ASTI.

Note riassuntive di chirurgia di guerra

per il prof. dott. MARIO FASANO, direttore.

Dalla nobile ed affannosa ricerca di fatti nuovi nella pratica esplicazione di chirurgia di guerra sono venute alla luce numerose e pregiate monografie istruttive sui più vari argomenti. Questa pratica e diligente iniziativa se ha il pregio di illustrare, sulla base di fatti clinici e di diuturne esperienze, alcuni argomenti di capitale importanza, ha però l'inconveniente di offrire al lettore una letteratura frazionata e non perfettamente omogenea, dovuta alla molteplicità degli argomenti trattati ed alla diversità di vedute dei vari autori.

Così mentre alcuni argomenti sono esaurientemente considerati e discussi in ogni particolare per modo da poter dare conclusioni e direttive generiche indiscusse, altri, e di valore non inferiore, sono appena accennati, oppure insufficientemente discussi o non vengono affatto trattati. Ciò non per la scarsa importanza che possono fornire le questioni, che ad essi si riferiscono, ma per la mancata occasione da parte dei vari autori di doverli considerare, vuoi per la poco frequenza dei casi che li riguardano, vuoi per lo scarso valore, che ad essi si annette.

Inoltre lo stesso argomento, trattandosi di ferite di guerra, può cambiare interpretazione a seconda che si riferisca a lesioni recenti od a lesioni tardive.

A ciò si aggiunga che numerose questioni sono passate in giudicato perchè esaurientemente trattate nei numerosi congressi e riunioni chirurgiche di guerra dalle quali ebbero la loro pratica sanzione.

Eppure mai come in chirurgia di guerra il vecchio adagio, *multa renascentur quae jam cecidere*, trova la sua pratica esplicazione. Sta a dimostrazione di questa mia asserzione il rinnovamento completo in seguito alla rapida e progressiva evoluzione della pratica chirurgica dall'inizio della guerra al momento attuale, dal quale traspare come molte questioni trovarono la loro giusta soluzione coll'applicare teorie e metodi, che erano già passati nei ferravecchi della moderna chirurgia.

Riassumendo, pur non volendo sminuire il grande valore delle numerose monografie apparse sui vari argomenti, non possiamo tuttavia disconoscerne i difetti, i quali consistono specialmente nella varietà e promiscuità degli argomenti non sempre completamente riguardanti nella loro totalità le numerose evenienze di chirurgia di guerra.

Si ponga mente poi alla difficoltà di poter riunire, da parte dei numerosi chirurghi, tutte queste note frammentarie e confuse e si avrà un altro inconveniente non lieve, il quale viene pure in gran parte a frustrare l'utilità di questi svariati contributi.

Numerosi sono gli argomenti di utilità pratica e che urge far conoscere allo scopo di cooperare, ciascuno nell'ambito delle proprie forze, a sventare certi vasti preconcetti e ad ottenere nel più breve tempo possibile gli scopi, che si prefisse ogni singolo autore. Ne viene pertanto l'utilità, la necessità per ottenere uno scopo proficuo, di riassumere brevemente sotto il punto di vista pratico tutte le osservazioni, le considerazioni di ogni singolo autore in rapporto ai varî argomenti di chirurgia di guerra, riferentisi alla casuistica ormai numerosa sulla quale è basata la singola attività.

Ciò se agli inizi della guerra non poteva venir fatto per la scarsa esperienza di ciascuno di noi, al presente è possibile, è doveroso. Non havvi chirurgo di carriera, il quale non abbia ormai avuto in cura centinaia di feriti dalla cui diligente e diuturna osservazione non abbia ricavato concetti ed idee proprie personali, le quali rese di pubblica ragione non possano segnare, se non un progresso, almeno un perfezionamento di procedimenti pregressi.

Il riunire questi concetti sparsi e frammentari, il farne un contributo pratico è un sacro dovere al quale nessuno deve sottrarsi.

Ce ne danno l'esempio i nostri maestri e per citarne qualcuno voglio ricordare il Ruggi ed il Durante, i quali non disdegnarono trattare in brevi parole argomenti di esclusivo interesse pratico, riguardanti la loro ricerca casuistica di guerra, allo scopo evidente di dettare, consigliare alcune direttive, che a seconda del mio debole parere, molto bene potrebbero apportare nell'ordinaria evoluzione della terapia chirurgica di guerra.

La mia pratica si riferisce esclusivamente alla mia attività chirurgica negli ospedali militari di Riserva e della Croce Rossa di Asti. Ripeto che non voglio fare un rendiconto clinico, ciò che condurrebbe troppo per le lunghe e devierebbe dallo scopo, che mi sono prefisso, ma solamente rendere noti i concetti fondamentali desunti dalle mie numerose osservazioni, concetti che mi hanno guidato nella esplicazione della mia attività. La quale fu pur troppo molto laboriosa, ciò che serviva a sventare *a priori* il vieto preconcetto, che negli ospedali delle retrovie il chirurgo non abbia a trovare quella quota di lavoro sufficiente a sfruttarne pienamente l'attività.

CHIRURGIA DEL CRANIO.

Numerosi furono i casi di chirurgia cranica caduti sotto la nostra osservazione. Per citare i casi più importanti voglio ricordare un caso di emorragia sottocorticale in corrispondenza dei due terzi superiori della frontale ascendente, come venne dimostrato dalla craniectomia eseguita.

Trattavasi di un soldato ferito da 15 giorni per una scheggia di sasso alla regione parietale destra, senza alcuna lesione nelle parti molli soprastanti, eccetto leggera contusione. Si manifestò subito dopo il trauma empilegia, che si mantenne sino al momento in cui venne operato.

All'intervento, praticata un'ampia craniectomia con lembo osteoplastico, si rinvenne la dura madre solcata da vasi tortuosi turgidi, non pulsante. Incisa la dura, il cervello faceva subito ernia attraverso l'incisione, di colorito bluastro, di consistenza cerea, senza alcuna traccia di pulsazioni. Incisa la sostanza cerebrale sul punto di massima sporgenza e precisamente a livello dei due terzi superiori della parietale ascendente per la profondità di 2 cm., si ebbe subito fuoriuscita di grumi di sangue nerastro. Emostasi. Sutura della dura e del lembo.

Dopo due giorni si nota scomparsa completa della paralisi alla gamba sinistra, diminuzione pronunciata della paralisi al braccio sinistro. Le condizioni vanno sempre migliorando. Viene dimesso dall'ospedale in buono stato generale, residua solamente leggera monoplegia spastica al braccio affetto.

Un altro caso riguarda un soldato colpito da scheggia di granata alla regione parietale sinistra con leggera ferita delle parti molli.

Dopo due mesi mentre trovavasi in licenza di convalescenza si presentò a me con fenomeni di afasia motoria, e specialmente sensorie, incompleta. All'esame della parte colpita notai avvallamento della regione temporo-parietale sinistra, a livello del piede della circonvoluzione Rolandica in base alla topografia cranio-encefalica eseguita.

Alla craniectomia si rinvennero numerose scheggie della vitrea infisse attraverso la dura nella sostanza cerebrale. Estrazione delle scheggie. Plastica seduta stante alla Durante-Righetti. Guarigione.

A proposito di questa plastica posso dichiarare, per esperienza fatta su numerosi casi, che si presta in modo egregio a riparare le frequenti soluzioni craniche, che ci occorre frequentemente di dover curare negli ospedali delle retrovie.

Riferisco a questo riguardo un'ampia ernia cerebrale del lobo frontale sinistro, da me operata e curata con ricostituzione completa del tavolato osseo, mediante il metodo di osteoplastica a lembo osteo-periosteo del Durante-Righetti. Questa plastica mentre offre una valida protezione all'encefalo, serve anche a stabilire, mediante ripiegamento del lembo e giustapposizione del periostio alla superficie cerebrale, una membrana limitante, atta ad impedire le aderenze fra cicatrice cutanea e sostanza cerebrale e quindi ad eliminare tutti gli inconvenienti che da queste aderenze sogliono derivare.

CHIRURGIA DEL COLLO.

Lasciando da parte i numerosi casi di lesioni del collo di scarso interesse pratico, voglio ricordare un solo caso, riguardante una stenosi laringea consecutiva a condrite delle cartilagini laringee, che venne alla mia osservazione cannulato. Non potendo abolire la cannula tracheotomica per occlusione delle vie aeree soprastanti, dovetti decidermi alla laringostomia, eseguita con i precetti dettati dal chiar. prof. Ruggi, primo ideatore ed esecutore dell'operazione in questione.

All'intervento constatai una fusione quasi completa della cartilagine cricoide con stenosi cicatriziale conseguente, permeabile solamente ad una piccola sonda.

Praticai l'escisione del tessuto cicatriziale ed il tamponamento graduale con cilindri di cotone compresso (Ferreri).

L'ammalato è in corso di cura, la dilatazione si è ormai raggiunta sino al grado normale. Si attende l'epidermizzazione completa per occludere con plastica la fessura della laringostomia.

CHIRURGIA DEL TORACE.

Poco mi resta a dire della chirurgia toracica eccettuato un caso con ferita da palletta di shrapnell alla regione precordiale, dalla quale gemeva continuamente pus. Dato lo stato generale grave del paziente, enunciato dalla persistente suppurazione mi sono deciso per l'intervento.

Resecata la 4ª cartilagine costale sinistra seguendo il tramite fistoloso si giunse sul pericardio, il quale presentava un piccolo orifizio. Ingrandito l'orifizio si cadde su una cavità ascessuale a ridosso del margine sinistro del cuore, limitata da aderenze, del volume di un uovo di tacchino.

Si ebbe completa guarigione nel termine di tre mesi.

Non è il caso di ricordare, ma solamente accennare, per amore di brevità, alle toracotomie e pneumotomie per empiema od ascesso polmonare, conseguenti a ferite penetranti nel torace. In due casi vennero eseguiti disossamenti completi del torace, uno per empiema cronico, l'altro per necrosi del polmone consecutiva a lesione da scheggie di granata.

Il polmone in questo caso si eliminava a cenci nelle medicazioni successive, dopo praticata un'ampia toracotomia. In ambedue i casi si ottenne completa guarigione.

Così pure in un caso di empiema cronico, consecutiva a ferita toracica, sottoposta ad Estlander e contemporanea decorticazione del polmone alla Delorme, nel quale dopo sei mesi ho potuto stabilire la perfetta espansione del polmone nei movimenti respiratori.

Voglio infine ricordare per la peculiarità del caso un'osservazione interessante riferentesi ad una ferita penetrante da palletta di shrapnell alla regione scapolare destra. Alla radiografia il proiettile venne localizzato all'apice del torace. All'intervento seguendo il tramite della ferita si giunse a ridosso della pleura di rivestimento dell'apice. La quale presentava una piccola perforazione a stampo, che allargata mise in evidenza il proiettile libero, ada-

giato sull'apice del polmone. Non si riscontrò alcuna lesione, alcuna reazione del tessuto polmonare in contatto del corpo estraneo e si ebbe una pronta guarigione.

CHIRURGIA DELL'ADDOME.

La chirurgia dell'addome fu quella che meno delle altre regioni offrì campo alla nostra attività.

Merita però menzione un caso occorsomi di fistola del colon discendente con frattura della cresta iliaca sinistra, consecutiva a ferita da scheggia di granata.

Le feci fuoruscivano completamente dall'orifizio fistoloso del diametro di 6 cm. formato a spese della parete antero esterna dell'intestino.

A nulla valsero le numerose operazioni plastiche eseguite per chiudere la fistola, compreso un trapianto di lembo di fascia lata. In seguito ad osteite della cresta iliaca ho dovuto procedere alla sua resezione. Anche con questa liberazione dell'intestino non si potè ottenere neppure una riduzione del diametro dell'orifizio.

Decisi pertanto di addivenire ad una esclusione del colon discendente ed a tal uopo mi valsi della tiflo-sigmoidostomia preconizzata del Lardennois ed Okinszki, anastomizzando a pieno canale, previa escisione del fondo del cieco e sezione completa trasversale del colon discendente a valle della fistola, il cieco con il sigma-colon.

L'esito fu oltremodo favorevole. Il malato ebbe subito defecazioni spontanee per le vie naturali pur avendosi eliminazione di qualche scibala dall'orifizio fistoloso. Il quale al presente si è notevolmente ridotto e non dà esito che per eccezione a qualche piccola scibala.

Un altro caso del pari interessante riguarda un soldato ferito da palletta di shrapnell alla natica destra. L'ammalato venne inviato nel mio reparto con ferita completamente cicatrizzata.

Il paziente non sa dire se gli venne estratto il proiettile, l'esame radiografico da me praticato risulta negativo. In presenza a fatti gravi di cistite con orine prettamente purulenti mi sono deciso per una cistotomia soprapubica.

Aperta la vescica ed esaminatone la cavità si constatò un diverticolo vescicale nel quadrante inferiore-posteriore destro. Il diverticolo era scavato nell'osso iliaco completamente scoperto ed era facilmente permeabile al dito indice. Venne scollata e liberata completamente dalle sue adesioni col peritoneo la parete destra della vescica sino a ridosso del diverticolo. Si staccò completamente la vescica dal contorno del diverticolo osseo, si escise il bordo dell'orifizio vescicale e si suturò. Si stabilì un drenaggio capillare del diverticolo osseo e un drenaggio tubulare soprapubico della vescica. Nel termine di due mesi si ottenne perfetta guarigione con minzioni spontanee e con orina normale. (*Continua*)

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. ISTITUTO DERMATOLOGICO « CARLO ALBERTO » IN TORINO.

Canizie precoce e psicopatie di guerra

pel prof. dott. CARLO VIGNOLO-LUTATI, medico primario e libero docente di clinica dermosifilopatica.

Vi è una *canizie precoce* così detta *fisiologica*, la quale non sarebbe in sostanza che un *fenomeno di presenilità*, l'equivalente prematuro della volgare canizie senile: essa rappresenterebbe spesso una predisposizione familiare, ereditaria, e sarebbe stata rilevata con relativa frequenza anche negli individui provenienti da genitori, che erano già avanzati in età e già a loro volta canuti.

Ma, prescindendo da questa canizie precoce abbastanza comune, io intendo qui di occuparmi piuttosto di un'altra forma più precisamente conosciuta sotto il nome di *canizie precoce accidentale* e che si significherebbe sempre come una conseguenza più o meno immediata di un perturbamento più o meno apprezzabile del sistema nervoso (*canizie rapida*).

Sulla cosidetta *canizie rapida* si trovano nella vecchia letteratura riprodotti numerosi racconti. Già nel suo trattato « *De morbis cutaneis* » nel 1777 Lorry scriveva: « *Pleni sunt auctorum libri exemplorum canitiei prae timore intra brevi spatium accessitae* ». Così si narra che sarebbero incanutiti improvvisamente Tommaso il Moro nell'ascoltare la sua sentenza di morte, il monaco Ubiperto volendo assumere un aspetto senile per mettere con maggiore dignità la mitra episcopale, Lodovico il bavaro dopo di avere condannato sua moglie a morte, gli spagnuoli Dideo e Diego Osorio nell'aspettare il supplizio, Pérat Leclerc mentre doveva comparire come testimonio nel processo Louvel; la regina Maria Antonietta alla vigilia della sua esecuzione; un letterato veronese, il Guarini, per il dolore di avere perduto in mare un manoscritto greco di grande valore; Ludovico Sforza per essere stato fatto pri-

gioniero di Luigi XII. E si trova nell'*Isabella Orsini* di Guerrazzi riportato anche il caso del signore Daudelot, il quale nel conoscere la condanna decretata per suo padre dal duca d'Alba avrebbe veduto imbiancarsi la barba e le sopracciglia nei punti sui quali teneva appoggiata la mano.

Ma accanto a simili fatti ricavati dalla leggenda se ne trovano raccolti alcuni, come scrive Bodin, «observés par des médecins dont le témoignage ne peut être suspecté».

Parry nel 1861 pubblicò nel «Dublin med. Press.» il caso di un uomo dell'armata del Bengala, che nella parte meridionale del regno delle Indie essendo stato fatto prigioniero e condotto nudo dinanzi alle autorità militari sotto l'influenza del terrore provato sarebbe diventato grigio nello spazio di mezz'ora. Voigtel nel 1804 aveva già riportato nell'«Handbuch der pathol. Anatom.» tre casi analoghi descritti da Schenk, Hannemann e Pechlin. Landois nel 1866 nel «Virchow's Archiv» riferì un caso osservato dal professore Mosler e riguardante un soggetto incanutitosi improvvisamente in un accesso di *delirium potatorum*. Bichat a sua volta pubblicò un'osservazione di canizie sviluppatasi in una notte, dopo un forte dispiacere ed accennò ad un tempo ad altri quattro casi simili di canizie manifestatisi in un periodo vario di 4 a 6 giorni.

Rayer nel suo «Traité des maladies de la peau» riprodusse il caso di una donna divenuta canuta in una notte, essendosi agitata al pensiero di deporre in un processo; e Richard-Ellis nel 1861 riferì di un individuo il quale sarebbe incanutito in un giorno dopo l'emozione provata per un grave accidente ferroviario e casi consimili sarebbero stati osservati più recentemente da Feré (1897) e da Schmidt (1899).

Nel 1912 Hernandez y Vasquez riferì di un uomo di 52 anni, il quale 48 ore dopo un violento *choc* morale sarebbe stato sorpreso da una canizie completa del capelluto, della barba, dei peli delle ascelle e del pube; dopo un mese i capelli avrebbero incominciato qua e là a pigmentarsi nuovamente a chiazze, estendendosi ed intensificandosi quindi la pigmentazione verso l'ottavo mese a tal punto, che i capelli sarebbero diventati più scuri di quello che non lo fossero stati prima della canizie. Recentemente anche un mio assistente, il dottor Federico Canuto, avrebbe avuto occasione di osservare una signorina ventenne incanutita rapidamente in seguito ad una grave disillusione, ed anche in questa ragazza dopo 7 mesi di canizie i capelli sarebbero ritornati completamente bruni.

Alcuni autori vollero per altro mettere in dubbio la canizie improvvisa. Tra questi Pincus dichiarava possibile una canizie soltanto entro il periodo necessario per lo sviluppo fisiologico di un singolo pelo e non essere quindi ammissibile un incanutimento improvviso. A conclusioni uguali sarebbe venuto anche Stieda in un lavoro pubblicato nel 1910.

Brown Sequard per contro essendo riuscito a dimostrare «qu'à partir d'un certain âge le pigment pilaire peut disparaître *très rapidement* en deux ou même en un jour», Bodin dichiarava che «*le blanchissement rapide n'a donc rien de surprenant*» ed insisteva sull'importanza «*des émotions violentes, des chagrins intenses et subits, qui se retrouve d'une façon pour ainsi dire constante et qui joue un rôle étiologique inconnu dans son mécanisme, mais évidemment capital*». Ed anche Brocq a sua volta ammette che «*on peut blanchir* de fort bonne heure, *très rapidement et même presque subitement à la suite de violents chagrins, d'émotions fortes, de terreurs*». «Les cas de *canitie survenus après une violente émotion ne sont pas absolument exceptionnels*» affermavano Hallopeau e Dainville alla Società dermatologica francese nel dicembre 1909.

Se lo svolgersi terribile degli odierni avvenimenti di guerra ha aperto un campo immenso di osservazioni preziose sull'influenza polimorfa del sistema nervoso nella genesi dei più diversi fenomeni patologici, non può sotto questo speciale punto di vista non riuscire molto interessante l'indagare anche in rapporto coi turbamenti non infrequenti della psiche, l'eventuale insorgere più o meno rapido di una canizie precoce.

Io ho veduto ad esempio un giovane di 24 anni, capitano di artiglieria, nel quale si erano imbiancati quasi completamente i capelli nello spazio di due giorni durante il ripiegamento della sua batteria sulla linea del Piave.

Ora queste constatazioni, sia pure con differenze di grado non dovrebbero essere eccessivamente rare tra i combattenti.

La *canizie* sarebbe verosimilmente in questi casi l'*esponente diretto di un traumatismo psichico*, la conseguenza di disturbi nevrotrofici riferentisi cioè ad una lesione per lo più soltanto funzionale del sistema nervoso.

È stata per altro osservata la canizie anche nel corso di alcune affezioni del sistema nervoso sostenute da una base anatomica. Beigel, Morselli, Leloir ne rilevarono la comparsa in alcuni casi di alienazione mentale e di *epilessia*; Duncan Bulkley, Debove, Barthélemy in

alcuni casi di *atassia*, Bourneville e Poirrier in un caso di *tumor cerebrale;* Hutchinson e Iacobson avrebbero osservato l'imbiancarsi delle ciglia in un'*oftalmia simpatica*, consecutiva all'ablazione dell'occhio del lato opposto; ed anche Vogt nel 1906 in un giovane di 18 anni con iridociclite bilaterale avrebbe veduto manifestarsi rapidamente una canizie delle ciglia delle palpebre superiori.

Hallopeau e François Dainville presentarono nel 1909 alla Società dermatologica francese un caso di « *hemi-canitie d'origine émotive* »: una signorina di 40 anni in seguito ad una serie di gravi contrasti accusava già da qualche tempo « *une céphalée gravative et paroxystique* » al *lato sinistro* della *testa*. Una mattina guardandosi nello specchio constatò con sorpresa che il suo *sopracciglio destro era divenuto completamente bianco* durante la notte: il en était de même pour un certain nombre de poils dans la chevelure et au pubis du même côté du corps ». I relatori interpretando il meccanismo di questa canizie come determinato da un disturbo nutritivo significantesi con fenomeni di *pigmentofagia* secondo le vedute di Metchnikoff, consideravano il loro caso come un esempio « *de la localisation cérébrale des sensations émotives douloureuses* » e così lo riassumevano: « violente irritation, d'origine psychique des centres nerveux de l'hémisphère droit (siège de troubles fonctionnels), action sur les cellules pigmentovores d'une grande partie des poils et d'une partie des cheveux du côté opposé et *canitie rapide* ». Notevole inoltre anche in questo caso la relativa temporaneità della canizie: infatti Hallopeau e Dainville facevano rilevare che « *l'altération achromique* era già *en partie rétrocédée* nel momento della loro comunicazione: *elle était notablement plus étendue dans les premiers temps.*

Un'osservazione di « *Hemicanities bei Hemiplegie* » venne pubblicata nel 1913 da Loer nel « Deutsch. mediz. Wochen. »: in un uomo di 51 anno sorpreso da emiplegia, otto giorni più tardi si sarebbe sviluppato rapidamente un imbianchimento completo dei capelli, delle sopracciglia e dei baffi dello stesso lato.

Io ebbi occasione di constatare in un giovane tenente degli alpini un piccolo ciuffo di peli bianchi sul sopracciglio destro e sul baffo dello stesso lato, una *canizie* circoscritta, che questo giovane affermava essergli comparsa da un giorno all'altro, dopo avere provato una forte emozione, essendo stato in pericolo di essere preso prigioniero.

Dubreuilh sulla *canitie circonscrite* diceva alla Società dermatologica francese il 7 novembre 1912: « La décoloration limitée de la chevelure ou de la barbe peut se produire dans des circonstances variées. Prescindendo dalla *canizie circoscritta ereditaria famigliare*, vi sono dei casi di *vitiligo* nelle regioni pelose, nei quali la canizie appare circoscritta alle aree cutanee acromiche e vi sono dei casi di *pelade* (alopecia areata), i quali, quando guariscono, si guarniscono di peli bianchi, dimostrando così di avere preceduto una canizie circoscritta. « Quand la *pelade* guérit les cheveux ou les poils de barbe repoussent généralement plus clairs, blonds ou *quelquefois blancs;* le plus souvent, mais non toujours, ils reprennent tôt ou tard leur couleur normale ».

In un ferroviere di 38 anni che, facendo servizio di trasporti militari al fronte, aveva assistito ad un bombardamento per opera di areoplani nemici, si era sviluppata in brevissimo tempo un'alopecia totale dei capelli, delle sopracciglia, dei baffi e della barba: dopo circa cinque mesi i capelli tornarono bianchi e rimasero tali; mentre le sopracciglia, i baffi e la barba tornati bianchi ridivennero dopo circa tre mesi del colore castagno primitivo.

In un soldato, nel quale si era manifestata dopo un combattimento una *vitiligo* alla regione genitale con ciuffi di peli bianchi nelle aree acromiche della regione pubica, io osservai alla nuca un'*area rotondeggiante di canizie* grande come una moneta da dieci centesimi e che era comparsa quasi simultaneamente alla vitiligo.

« La canitie peut apparaître d'emblée, come dichiarava Dubreuilh, sans avoir été précédée d'alopécie: lentement ou presque brusquement il apparaît des mèches blanches dans la barbe ou les cheveux et le plus souvent à la suite ou en même temps que des troubles nerveux ».

Un soldato di 26 anni, che dopo di essere rimasto molte ore nascosto in mezzo ai cadaveri di alcuni suoi compagni caduti in un gravissimo scontro, era riuscito di notte a fuggire, avrebbe constatato al mattino seguente la comparsa di una piccola striscia di capelli bianchi sulla regione parietale destra, che persisteva ancora quando io lo vidi per la prima volta otto mesi dopo.

Lebar nel 1916 riferì di un soldato di 23 anni, che per l'esplosione di una mina in trincea proiettato in aria rimase ferito e immediatamente sordo: l'indomani si accorse di avere *quattro aree di capelli bianchi* nella regione fronto-parietale sinistra. Un piccolo ciuffo di capelli bianchi sulla regione temporale sinistra io rilevai pure in un ufficiale aviatore, il

quale mi assicurava di averlo constatato dopo un'emozionante volo di esplorazione sulle linee nemiche.

« Ces CANITIES LOCALISÉES, ACQUISES, osservava Dubreuilh, qui sont *visiblement liées à des troubles nerveux* mal déterminés, doivent être considérées comme *des équivalents de la pelade.* On à signalé, maintes fois l'association de la *pelade* et du *vitiligo*, j'ai observé l'association de la *pelade* et de la *sclerodermie en plaques*, il y a association du même genre entre la pelade et la canitie localisée, mais seulement plus intime encore ». Anche Ullmann nel 1907 comunicò alla Società dermatologica di Vienna il caso di una ragazza di 13 anni, nella quale la *sclerodermia* era associata ad una canizie circoscritta.

I concetti, che oggi tendono a prevalere sull'etiopatogenesi dell'alopecia areata inducono a considerarla come l'esponente di disturbi nevrotrofici sollecitati da circostanze tossiche (teoria nevrotossica) o da eventuali traumatismi anche di indole psichica, come io pure feci rilevare in alcuni miei precedenti lavori. Ma se l'alopecia areata può trovare in una circostanza traumatica (Iacquet, Fouquet, Wechselmann, Thomas, Frank, Vignolo-Lutati, Sprecher, Martino, ecc.) una causa occasionale sollecitatrice, è stata pure descritta dal Chajes nell'*Archiv für Dermatologie und Syphilis* nel 1912 una *vitiligo comparsa successivamente ad un trauma* ed associata ad un'*alopecia areata seguita da canizie circoscritta* ed anche il Fischer ha nel 1913 nel *Dermatologische Centralblatt* richiamato l'attenzione su una *canizie circoscritta sviluppatasi dopo un trauma* (*Teilweiser Ergraven des Haare nach Trauma*): un uomo di 30 anni in seguito ad un colpo ricevuto sul lato sinistro del cranio presentava dopo tre settimane un ciuffo di capelli bianchi sullo stesso punto del trauma ed un incanutimento delle ciglia e della barba dello stesso lato sinistro in relazione colla distribuzione del trigemino.

Geldmann nel maggio 1917 nel « Dermatologische Zeitschrift » comunicò alcuni casi nei quali *in seguito a ferite del capo* sarebbe apparsa una *canizie del capelluto* associata talora ad *alopecia* ed anche a una *vitiligo* del corpo: l'autore suppose una lesione del centro vasomotorio determinante una paralisi dei nervi vasodilatatori od uno stato di irritazione dei vasocostrittori.

Pöhlmann riferì d'altra parte nel suo lavoro sull'alopecia areata pubblicato nel 1913 nell' « Archiv für Dermatologie » l'osservazione di quattro pompieri, che divenuti alopecici per l'impressione provata nell'assistere ad un terribile incendio, dopo quattro mesi erano bensì riguarniti nuovamente di capelli, ma completamente bianchi.

Se si pensa che nella *canizie precoce accidentale* alla constatazione anatomica della scomparsa di pigmento nel pelo corrisponde il reperto di una papilla pilare provvista di cellule pigmentarie (Ehrmann), interpretabili come accumulatrici di un pigmento spostatosi dal pelo analogamente a quello che si suppone verificarsi dalle zone acromiche alle zone ipercromiche della *vitiligo*, appare verosimile riconoscere nello spostamento di pigmento avvenuto più o meno rapidamente l'iperattività di elementi cellulari *pigmentofagi* secondo le vedute di Metchnikoff, attribuendo tale fenomeno all'influenza del sistema nervoso, come induceva a pensare verosimilmente ad esempio l'interessante osservazione sopracitata di Hallopeau e Dainville.

L'affinità di patogenesi, che traspare pertanto tra il fenomeno della canizie ed il fenomeno alopecico e vitiliginoso, anche attraverso alle loro eventuali associazioni, se rende verosimile l'interpretazione della *canizie* col significato di un'*acromia pilare equivalente* all'*acromia cutanea* che fa parte della sindrome vitiliginosa, porta d'altra parte ancora a pensare che, potendo così apparire fondata anche l'ipotesi di una *canizie traumatica*, la *canizie stia a* sua volta a *rappresentare spesso*, come l'alopecia areata, l'*esponente di un disturbo neutrofico, conseguente ad un traumatismo psichico.* Ed è così che, attraverso alle molteplici psicopatie, che possono trovare la loro prima base in quella facile emotività, che quasi necessariamente emana dalla vita di guerra, la canizie stessa può apparire esplicitamente come una nota sintomatica di una predisposizione nervosa forse già anche ereditaria, ma sopratutto acquisita, come il segno cioè clinicamente apprezzabile di un decadimento del tono nervoso equilibrante, troppo frequentemente scosso dalle fatiche esaurienti del corpo e dello spirito oscillante tra l'entusiasmo e la depressione.

Si potrebbero pertanto, in rapporto col tempo che impiegano nel significarsi e colla forma che assumono nello svolgersi, distinguere diverse varietà di queste *canizie precoci* cosidette *accidentali.*

Una *canizie rapida* comparirebbe nello spazio di pochi giorni ed anche di poche ore e quasi simultaneamente o in tutti i peli del corpo (*canizie rapida totale*) o nei peli di una sola regione (*canizie rapida regionale*) o di

una parte di regione (*canizie rapida circoscritta, areata o striata*), o sui peli di due o più regioni simmetriche (*canizie rapida parziale bilaterale simmetrica*) o soltanto su tutti i peli di una metà del corpo (*emicanizie rapida* — Hallopeau e Dainville, Loer).

Questa canizie rapida sarebbe in generale *permanente*, ma in qualche caso potrebbe anche avere un carattere *temporaneo* (Hernandez y Vasquez, Hallopeau e Dainville).

Accanto alla canizie rapida vi sarebbe una forma più comune di *canizie precoce accidentale*, che si potrebbe chiamare *progressiva* e si inizierebbe per lo più al capelluto ed alla barba in modo disseminato, estendendosi poi irregolarmente, attraverso a pause più o meno brevi, corrispondenti ad una remissione delle cause sollecitatrici.

L'*intermittenza* dell'incanutimento può in alcuni rarissimi casi (Harsch, Simon, Wilson, Landois) significarsi anche nei singoli peli, dando luogo a quella forma di *canizie* detta *anellata* (*Ringed hair, canitie annelée*), nella quale appunto, avvicendandosi, nella remissione delle cause, all'acromia il processo normale di pigmentazione, i peli, pur conservati nella loro struttura cilindrica, si presenterebbero di aspetto alternativamente bianco e scuro: a questi casi si ravvicina un'osservazione di Richelot, « qui a vu chez une jeune fille les cheveux châtains pousser blancs durant toute une chlorose, de telle sorte qu'une fois celle-ci guérie les cheveux ayant repris leur teinte première, il y avait une zone blanche entre deux zones châtaines ».

Anche la *canizie precoce accidentale progressiva*, che trova essa pure oggi nella gravità penosa di quest'epoca di guerra le ragioni precipue della sua frequenza relativamente maggiore, sebbene possa fino ad un certo punto sembrare uguale alla canizie precoce cosidetta fisiologica, in realtà non deve ritenersi, come quella, l'esponente di una predisposizione ordinaria o di uno stato presenile: *questa canizie precoce progressiva è accidentale*: preannunziata talora da nevralgie ribelli o da cefalee insistenti e sostenuta da altre concomitanze più o meno apprezzabili e significative, essa è la necessaria conseguenza dei continuati strapazzi fisici e delle alte e prolungate tensioni dello spirito.

Io ho veduto questa canizie progressiva svolgersi ad esempio in alcuni aviatori, il cui *surmenage*, per dire così, professionale è senza dubbio così assillante da spiegare facilmente il più profondo esaurimento delle riserve della loro resistenza nervosa. E del resto ora non sono relativamente rari i soggetti, che dopo un lungo soggiorno in trincea dinanzi alle visioni più tragiche della guerra, ritornano con una canizie più o meno accentuata e che non ha mai in nessun caso una estensione proporzionale alla loro età. Ma *non sono* questi soggetti da considerarsi, nel senso assoluto della parola, *degli invecchiati innanzi tempo, bensì dei nevropatici*, che hanno sopratutto il bisogno di riequilibrarsi in un grande riposo.

La canizie precoce accidentale rapida o progressiva è insomma in ogni caso un indizio clinico prezioso di uno stato psicopatico, che, se può essere più o meno fuggevole, transitorio, deve tuttavia indicare sempre nel suo significato una via aperta ad un eventuale decadimento più grave del sistema nervoso.

BIBLIOGRAFIA.

BICHAT. *Anatom. generale*, tom. IV.

BODIN E. *Canitie. La pratique dermatologique*, tome IV. Ed. Masson e C. Paris, 1904.

BROCQ. *Traitement des maladies de la peau.* Octave Doin. Paris, 1892.

BROWN-SÉQUARD. Archives de Physiologie, 1869.

CHARCOT. *A propos d'un cas de canitie survenu très rapidement.* Gaz. hebdomad. de médec. et de chirurg. 1861.

CHEATLE G. L. *Sul rapporto della distribuzione del* nervus mentalis *sull'incanutimento dei peli.* British med. journal, 4 luglio 1908.

DUBREUILH W. *Canitie circonscrite.* Société de dermat. et syphiligraphie. Bull. n. 8, novembre 1912.

DUNCAN BULKLEY-HENRI H. IANEVAY. New York. *Disturbi nervosi e di nutrizione dei peli.* Journal americ. med. assoc. Volume 51, n. 4.

EHRMANN. *Ueber das Ergrauen der Haare, und verwandte Prozesse.* Wien. Allgem. med. Zeit. 1884.

FISCHER. *Teilweser Ergrauen des Haare nach Trauma.* Dermat. Centralblatt. 1913.

FERÉ. *Note sur un cas de canitie rapide.* Progrès medical, 1897.

GELDMANN. *Pigment veränderungen der Haut und Haare und Alopezie durch Verletzungen des Zentralnervensystems.* Dermatologische Zeitschrift, 1917.

HALLOPEAU H. et FRANÇOIS-DAINVILLE. *Sur une hémi-canitie d'origine émotive et son interprétation physiologique.* Soc. de dermat. et de syphil. Bull. n. 9, decembre 1909.

HARSCH. *De capillitii humani coloribus quaedam dissertatio*, 1846.

HEBRA F. *Canizie* (Moriz Kohn). Trattato delle malattie della pelle. Traduz. Settima ed. Vallardi. Milano, 1872.

HELLER. *Canities congenita in der persischen Heldensage.* Deutsch. med. Wochen. 1908.

HERNANDEZ Y VASQUEZ. *Canicie rapidissima.* Actas dermosifiliograficas. IV anno, apr.-mag.

LANDOIS. Virchow's Archiv XXXV, p. 575, e XLV, p. 113.

LOER. *Hemicanities bei Hemiplegie.* Deutsch. med. Wochen., 1913.

LEBAR. *Sopra un caso di canizie rapida.* Bull. et Mém. Soc. Méd. de Paris, 1916.
LORRY. *De morbis cutaneis.* Paris, 1777.
METCHNIKOFF. *Etudes biologiques sur la vieillesse. Sur le blanchiment des poils.* Annales de l'Institut Pasteur, 1901.
PARRY. Dubl. med. Press, 1861.
PINCUS. Archiv für pathol. Anathomie und Physiologie 45 Band.
PÖHLMANN. *Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Alopecia areata.* Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1913.
RAYER. *Traité des maladies de la peau,* tome III.
RICHARD-ELLIS. The Lancet, 1861 (novembre).
RICHELOT. Annales des maladies del la peau et de la syphilis, 1845.
SIMON G. *Hautkrankleiten.* Berlin, 1851, p. 382.
SCHMIDT. Virchow's Archiv., 1899, CLII, pag. 190.
SEQUEIRA. *Canizie in un fanciullo.* Royal Society of Medic. Dermatolog. Section. London, giugno 1909.
STIEDA. *Ist plötzliches Ergrauen des Haupthaares moglich?* Deutsch. mediz. Wochensch., 1910.
ULLMANN. Wiener dermat. Gesellschaft. April, 1907.
VOIGTEL. *Handbuch der pathol. Anatom.* Halle, 1804, Band I.
VOIGT A. *Frühzeitiges Ergrauen der Cilien und Bemerkungen über den sogenannten plötzlichen Eintritt dieser Veränderungen.* Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1906.
WALLENBERG. Vierteljahres f. Dermatologie und Syphilis, 1876.
WILSON. *Diseases of the skin.* 1867.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le infiammazioni catarrali croniche dell'intestino.

(A. MATHIEU. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,* 1918, n. 9).

Su questo argomento di patologia e di terapia regna tuttora una grande oscurità, nonostante i notevoli lavori di Schmidt, di Halle e di altri sulla semeiologia intestinale. Recentemente Fr. Craemer aveva esposto in alcune conferenze delle vedute d'insieme sulle complesse questioni riguardanti l'enterite cronica e le dispepsie intestinali. L'A. fa una rivista critica delle idee di Craemer in una nota postuma che gli *Archives* pubblicano come omaggio alla memoria di A. Mathieu. Tale rivista è divisa in tre parti:

1ª studio generale dell'enterocolite cronica e delle dispepsie intestinali; 2ª coliti segmentarie; 3ª terapia.

I. — ENTEROCOLITE CRONICA E DISPEPSIE INTESTINALI.

Fin dall'inizio Craemer mette in rilievo che non tratta le affezioni acute intestinali e che il nome di *catarro cronico* sta ad indicare dei processi diversi, ed in realtà delle sindromi svariate di dispepsia intestinale. La presenza di mucosità nelle feci non può servire di caratteristica unica e nemmeno principale a tali diversi stati morbosi.

Ciò sta a significare che il titolo preso non risponde ai fatti e costituisce un tentativo di liberazione dalla rigida formola del catarro, nella quale si sono volentieri imprigionati i medici tedeschi.

Craemer passa in rivista gli elementi principali della fisiologia patologica della dispepsia intestinale cronica: disturbi di motilità, di sensibilità, fermentazioni, autointossicazioni, senza però nulla d'interessante, salvo qualche indicazione sulla tossicità di certi gas (carburi d'idrogeno, gas solforati).

In una riga si accenna alle intossicazioni digestive senza nemmeno fare il nome di Bouchard; assai largamente sono invece riferite le idee di Metchnikoff sulla nocività dell'intestino crasso.

Craemer espone in seguito le note idee e le ricerche di Schmidt sulla dispepsia intestinale gastrogena e fermentativa, e fa notare che l'insufficienza di secrezione cloridro-peptica non basta per provocare l'eccesso di putrefazione intestinale, la cattiva utilizzazione degli alimenti e la diarrea. Occorre che vi s'aggiunga l'insufficienza della secrezione pancreatica. Sarebbe stato opportuno che avesse detto che la secrezione gastrica governa la secrezione pancreatica e biliare; come viene dimostrato dai buoni effetti del succo gastrico puro (praticamente sconosciuto in Germania) e dell'acido cloridrico a dosi elevate (gr. 1,50-2 al giorno) consigliato da Soupault.

Craemer non ritiene indispensabile il regime di prova di Schmidt, in quanto che l'esame delle feci può venir fatto anche in individui ad alimentazione mista. Ciò è vero purchè si tenga conto di molte categorie di fatti: del resto, è noto che il regime di Schmidt non sempre è conveniente, poichè provoca in alcuni costipazione, in altri diarrea.

Per quanto riguarda la flatulenza, l'atonia e gli spasmi intestinali, Craemer riprende in parte le idee emesse da Federn ed in parte altresì da Sigaud. Sarebbe, cioè, da attribuirsi notevole importanza alle alternanze di contrattura spastica e di rilasciamento atonico, con di-

stensione gazosa delle anse intestinali: a tale stato di cose sono da riferirsi le svariate sensazioni penose, che provano tali malati. Spesso si notano contemporaneamente, o successivamente, delle zone di retrazione spastica e di dilatazione, specie in corrispondenza del cieco, sicchè si potrebbe designare tale sindrome come atonia spastica. Mathieu del resto aveva sostenuto tali idee ancora trent'anni fa, proponendo il nome di spasmatonia. Una concezione abbastanza larga di questi stati deve far posto, nella loro genesi e nella loro fisiologia patologica, al nervosismo generale, allo squilibrio addominale, nervoso e statico, ed alle lesioni infiammatorie della mucosa.

Ai disordini dell'innervazione devono altresì ascriversi i flussi diarroici, come si notano specialmente nel morbo di Flajani-Basedow. Vi si possono altresì ravvicinare gli attacchi di diarrea per flussi segmentari retto-colici, descritti da Richartz, che consistono in evacuazioni acquose brusche, di circa un quarto di litro, che si verificano indipendentemente da ogni evacuazione fecale. Sono analoghi anche gli attacchi di diarrea parossistica connessi ad accessi di emicrania (Moebius).

Nello studio degli stati morbosi, Craemer fornisce indicazioni eccellenti sull'interrogatorio dei malati; spesso, anche senza aver veduto le feci, si possono raccogliere delle indicazioni utili sullo stato di esse, l'abbondanza di muco, la presenza di gas di putrefazione o fermentazione.

Riguardo ai metodi d'esame esterno dell'addome, Craemer attribuisce un gran valore ai metodi di palpazione descritti da T. Hausmann, i quali non sarebbero altro che l'estensione della palpazione per *scivolamento* consigliata da Glénard, la quale permette di conoscere la frequenza e la modalità, nel tempo e nello spazio, degli spasmi del colon. L'utilizzazione di questo procedimento per la ricerca del piloro o della parte terminale dell'ileo è certamente interessante, ma fornisce spesso dei risultati dubbi.

Nell'eziologia dei disturbi funzionali Craemer insiste sull'importanza delle mancanze contro l'igiene alimentare, e specialmente sull'influenza nociva dell'alcool, che egli avrebbe notato nel 20 % dei casi, del caffè e del the (27 %) e del tabacco (19 %).

In seguito Craemer tenta di dare un'idea di insieme del catarro cronico intestinale, lasciando, a torto, una parte preponderante alle ricerche di laboratorio, prima dell'esame del malato stesso. È invece la clinica che deve essere in prima linea, il laboratorio potrà in seguito servire a perfezionare i mezzi di investigazione. E si crea una grande confusione, volendo tracciare un quadro morboso unico, mentre il progresso deve consistere nel separare dei tipi differenti basati sull'osservazione, aiutata ma non dominata dai metodi di laboratorio.

Sintomi del catarro intestinale (secondo Craemer). — Si inizia talora con un attacco acuto, ma più spesso insidiosamente, senza che sia possibile all'ammalato di stabilire la data. Lo appetito è conservato, la sete, spesso, esagerata; vi sono rinvii, acidità, pirosi. Talora, se partecipa lo stomaco, inappetenza, disgusto per gli alimenti, sensazioni sgradevoli alla bocca, specialmente al mattino. Altre volte, invece, esagerazione dell'appetito, fame dolorosa, senza però che nulla faccia sospettare l'ulcera gastrica o duodenale. Spesso stato nauseoso, sensazioni banali di digestione difficile; raramente conati di vomito e vomiti.

Dal lato dell'intestino, meteorismo talora accentuato, spesso più notevole a destra che a sinistra: sensazioni dolorose, ora nella regione ombelicale, ora all'angolo destro del colon, talora esacerbazioni più o meno marcate, specie dopo i pasti. Le coliche, talora molto penose, sono dovute ai gas intestinali, inegualmente repartiti in ragione dell'esistenza di zone di spasmo. Essi sono più o meno irritanti, secondo la loro natura, e provocano spesso dei dolori lombari, capaci di rendere penosi il camminare e la stazione eretta. Vi sono spesso disturbi circolatorî nei plessi venosi della regione sacrale, donde le sensazioni di lombaggine. La lombaggine acuta sarebbe dovuta a crampi dei muscoli nella regione lombare, provocati da tossine di origine intestinale.

Le sensazioni dolorose dell'addome sono molto variabili per carattere ed intensità; i dolori fissi debbono venire attribuiti spesso ad attacchi di peritonite circoscritta. È però difficile rendere i gas intestinali esclusivamente responsabili delle sensazioni penose addominali: se la loro quantità è esagerata, ciò deve attribuirsi a disturbi del loro assorbimento; e se il loro spostamento è doloroso, lo si deve a movimenti esagerati od a spasmi dell'intestino, ed al fatto che esso avviene in anse infiammate ed iperestesiche.

Del resto, i dolori intestinali ed il malessere addominale sono spesso resi penosi più per la loro persistenza che per la loro intensità.

Craemer enumera in seguito le manifestazioni generali così frequenti ed accentuate: cefalea, vertigini, ronzio d'orecchi, disturbi cardiaci, senso di costrizione precordiale, palpitazioni, tachicardia, intermittenze, dispnea, lipo-

timia ed anche sincopi. Per ciò che riguarda il sistema nervoso, stanchezza, depressione generale, sensazione di freddo, sudori notturni, incubi, angoscia, disturbi ipocondriaci, irritabilità, intorpidimento alle gambe, disturbi della parola, balbuzie. Tutto ciò può inquietare vivamente il malato ed i familiari e far pensare a lesioni cerebrali, che non esistono. Spesso vi sono altresì disturbi funzionali della vescica e del retto. La costipazione esiste nel 29 % dei casi; nel 40 % vi sono alternative di costipazione e diarrea; nel 23 % diarrea.

Nel 91 % dei casi vi è presenza di muco nelle feci; i dati coprologici indicano talvolta cattiva utilizzazione della carne (casi inveterati) o della cellulosa, con presenza di batterî della putrefazione o di lieviti di fermentazione, che sono la càusa più frequente dello sviluppo di gas. Talvolta la presenza di residui vegetali indica invece che l'individuo mangia in fretta e mastica male.

Il difetto di questa descrizione consiste in ciò, che non vi si distinguono forme cliniche, ma vi si buttano dentro in blocco tutte le possibili manifestazioni della dispepsia gastro-intestinale. La sola differenziazione, stabilita nei capitoli ulteriori, è basata sulla topografia dell'enterite e soprattutto della colite cronica.

Craemer ignora o trascura i grandi tipi seguenti: costipazione spastica, colite muco-membranosa — *tanto spesso aggravata dall'abuso degli enteroclismi od altre irritazioni mediche dell'intestino* — ed intimamente legata agli spasmi dolorosi del colon, le false diarree, la colite cronica mucosa con tendenza diarroica. Egli attribuisce un'importanza preponderante ai fenomeni di autointossicazione intestinale ed alla produzione di gas tossici, e scarsa invece alle azioni riflesse. Sembra che ignori l'insieme delle manifestazioni, che Mathieu ha attribuito alle reazioni coliche, lasciando alle autointossicazioni ed alla predisposizione personale una parte considerevole di preparazione nel mettere in azione tali riflessi.

Egli per quanto riguarda lo stato generale non sa inoltre assegnare il posto dovuto alla predisposizione nervosa, all'insufficienza dell'alimentazione, ed ai circoli viziosi patogenici che ne derivano.

Il trattamento stesso si risente di tale confusione, poichè, salvo per le prescrizioni igieniche generali, è quasi puramente sintomatico e quindi più che mai empirico.

II. — LE COLITI SEGMENTARIE.

Tiflite cronica (tiflocolite, peritiflite). — Si è in passato attribuita un'eccessiva importanza alla appendicite: del resto, alla concezione univoca e troppo semplicista dell'appendicite cronica si è andati sostituendovi quella delle lesioni del cieco, ritornando così alla tiflite dei vecchi autori. Si è quindi parlato di tiflatonia, di cieco mobile, di tiflectasia, peritiflite, ecc.

Le manifestazioni principali di questi stati sono costipazione od alternative di diarrea e costipazione, coliche, dolori alla fossa iliaca destra, coliche e distensioni gazose localizzate, dolori, talvolta con risentimento gastrico. Vi può essere partecipazione del tenue, aderenze periferiche e talora ulcerazioni del cieco: talvolta piccoli attacchi febbrili e manifestazioni generali anche accentuate.

L'esame mostra la sensibilità della regione, la dilatazione o la distensione del cieco. La diagnosi differenziale offre notevoli difficoltà con l'appendicite cronica, la malattia di Jackson e la pericolite membranosa. Occorre tenere in osservazione a lungo il malato, ripetere spesso gli esami dell'addome e non aver fretta di arrivare ad una presunzione se non ad una conclusione.

Sulle altre forme descritte da Craemer (sigmoidite, coliti ulcerose, proctiti, ecc.) l'A. non fa osservazioni degne di nota.

III. — LA TERAPIA.

Craemer incomincia con la giusta affermazione che il primo principio nel trattamento delle enteriti croniche è quello di evitare l'irritazione intestinale e che il regime dietetico è in questo il fattore più importante.

Non vi è, del resto, un regime alimentare univoco, da applicarsi a tutti i casi; occorre invece tener conto delle condizioni particolari di ogni ammalato, basandosi sui risultati di esami coprologici successivi. Spesso è più facile dire ciò che è proibito, anzichè ciò che è permesso.

Particolarmente nocivi sono gli alimenti grossolani, come, per esempio, il pane nero, troppo spesso consigliato per combattere la costipazione. Da segnalarsi altresì l'abuso delle conserve di frutta, che molti considerano come eccellenti per l'intestino.

La cellulosa è spesso mal digerita o dà luogo a produzione abbondante di gas, quindi il suo uso va sorvegliato e limitato. In caso di fermentazioni eccessive converrà altresì restringere o proscrivere l'uso del latte. Il formaggio e le uova saranno soppressi in caso di putrefazione esagerata. Si darà allora la preferenza alle albumine vegetali meno putrescibili, prescrivendo soprattutto dei farinacei e dei feculenti. Si evitino i lassativi troppo attivi, che irritano la mucosa e tendono a diminuire l'azione battericida della sua secrezione.

I malati debbono mangiare lentamente e ma-

sticare bene, pur senza cadere nelle esagerazioni di Fletcher. Non debbon bere troppo, potranno prendere del vino annacquato: poca o punta birra, niente sidro o bevande fermentescibili.

Eviteranno l'uso del tabacco, del the, del caffè, dei diversi eccitanti. Il medico fornirà delle indicazioni precise, scritte; grande vantaggio si avrà con il trattamento in case speciali di cura.

Quanto alla terapia medicamentosa, Craemer enumera in blocco le medicine suscettibili di essere usate contro i diversi sintomi, senza stabilirne abbastanza i meriti e senza indicare le dosi. Egli ritiene che la costipazione sia la condizione più frequente e fa una lunga lista di medicamenti, fra cui figura una serie di specialità tedesche a composizione sconosciuta. Fra esse la curella, l'aperitol, la chokolin, l'ennatina (estratto fluido di senna, soprattutto in casi di ritenzione gazosa, di peritonite, d'ileo, di ernia strozzata!!), l'hormonal, troppo dannoso, causa di catastrofi mortali. Vengono in seguito i diversi lavacri intestinali, alla camomilla, alla glicerina, ecc., le medicazioni coliche con soluzione di gelatina calda (40-80 cmc. di soluzione sterilizzata di gelatina a 10 %, in 500-800 cmc. di acqua di Carlsbad-Sprudel: il malato, sdraiato, con applicazioni calde sul ventre, deve tenerle per un paio d'ore), i lunghi suppositorî al burro di cacao, ecc.

Analoga abbondanza di enumerazione senza criteri per la scelta viene data per i medicamenti contro la diarrea: con ragione, si accenna all'irritazione che piò esser provocata da iniezioni di soluzioni troppo concentrate di tannino e l'A. consiglia di iniziare con la diluizione 1/1000 aumentando cautamente le dosi.

A proposito di lavacri intestinali Craemer considera come interessante il processo di Brosch e di Aufschnaiter, che consiste nel somministrare tali lavacri all'ammalato immerso nel bagno, per mezzo di un apparecchio brevettato e molto caro; si riuscirebbe in tal modo a far passare 20-30 litri di liquido nell'intestino.

Poco entusiasmo egli dimostra per i disinfettanti somministrati per bocca: anche dati in capsule di gelatina formalinizzata, le dosi sono troppo piccole per l'estensione ed il contenuto dell'intestino. Buona sembra a Craemer l'idea di Max Einhorn, di usare l'agar-agar come veicolo del tannino, dell'ictalbina, del rabarbaro.

Si è tentato di distruggere gli anaerobi iniettando direttamente l'ossigeno, sia nel duodeno, sia per il retto: allo stesso ordine appartiene il perossido di magnesia.

All'uso dei fermenti lattici preconizzato da Metchnikoff, Craemer non dedica che una citazione corta e sprezzante. Scarsa è la trattazione sull'uso dell'elettricità e del massaggio, non citandosi neppure i buoni risultati ottenuti con il processo di Doumer-Delherm nel trattamento della colite muco-membranosa e della costipazione spastica.

In complesso questa parte della pubblicazione di Craemer fa più l'effetto di un catalogo di prodotti medicamentosi che di una pratica trattazione di terapia. Risente anch'essa il difetto di concetti chiari, che si riscontrano invece nelle opere del clinico francese, che ha saputo rimanere fedele alle sane tradizioni della clinica, ed utilizzare i dati forniti dal laboratorio, senza rimanerne schiavo. A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Ricerche chirurgiche sul grande omento.

(S. L. BLOOMHARDT, C. F. ANDREWS and R. R. HETHERINGTON. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, aprile 1917).

Su quest'organo conosciuto da più che 3600 anni scarsissima è la letteratura. Sembra impossibile come i chirurgi del 19° secolo vi abbiano prestato così poca attenzione. Gli antichi preti egiziani ne traevano l'oroscopo, donde è derivato il nome, che esso conserva tuttora, di omento (da *omen*). Molto più esatte sono le cognizioni su questo argomento del vecchio Ippocrate, che quelle dei medici di parecchi secoli successivi: oltre al suo aforisma, che, se l'omento protende, si necrosa e cade, egli fa molte osservazioni interessanti su questo organo nel suo libro περιτοπων, che sarebbe assai interessante riferire, ma il cui contenuto può esser riassunto nella frase che egli pensa che l'omento regola la circolazione del liquido nella cavità peritoneale. Dobbiamo ad Aristotile l'opinione, comunemente accettata, che l'omento è costituito da una sottile membrana, posta in modo da ricoprire gli intestini e preservare l'innato calore del corpo. Galeno accettò e corroborò questa ipotesi: egli cita il caso di un gladiatore, che avendo perduto attraverso una ferita il suo omento, guarì della lesione, ma in seguito sentiva freddo nell'addome.

John Meckell esponeva praticamente la natura, origine ed anatomia del mesogastrio. Malpighi considerò l'omento come la causa dell'ascite e come deposito di grasso. Altre teorie seguirono non degne di nota, puro frutto di immaginazione; e l'omento fu la base di numerose larghissime discussioni. Per esempio, Fa-

bricio d'Acquapendente, ben noto per la sua scoperta della circolazione (1), sosteneva che fosse la sede di quei borborismi che tanto danno fastidio agli ipocondriaci.

Gli AA. descrivono a questo punto l'anatomia del grande omento e dei suoi vasi: crediamo superfluo riassumere questa parte.

Riguardo alla fisiologia si è molto discusso e con vari risultati: è necessario accennarvi. Anzitutto, i movimenti: si è sostenuto da molti che l'omento ha, per sè, la capacità di muoversi da una parte all'altra della cavità peritoneale; ipotesi che è basata sul fatto ben noto che esso si trova aderente ai tessuti infiammati, o ad ulceri tifose perforate, o a ferite d'arma da fuoco. Ma non si è mai dimostrata in esso la presenza di tessuto muscolare, eccetto quello delle pareti vasali: è quindi più probabile che, per la sua forma particolare, esso sia facilmente spostabile, per l'azione dei visceri, e come risultato della pressione intraddominale.

L'omento possiede una guardia del corpo di leucociti, pronti ad accorrere a un punto di irritazione, per fagocitare l'invasore. Morris ritiene che la sua funzione principale sia leucocitogenesi, basandosi però più su argomenti istologici che su esperimenti fisiologici. Renzi e Boeri, in un lavoro sperimentale sostengono che l'omento è in grado di nutrire quei visceri che si siano distaccati dai loro peduncoli. Inoltre esso con successo chiude le eventuali aperture sia dei visceri, sia della parete addominale, come è dimostrato da parecchi esperimenti, anche degli AA.: in cani il cui stomaco era stato attraversato da una pallottola l'epiploon ha talvolta occluso l'apertura così bene, che gli animali continuarono a mangiare e a giocare per una settimana. Infine esso è un organo regolatore della linfa, sebbene non sembri più specializzato in questa funzione del mesentere.

Date queste proprietà fisiologiche dell'omento, sorge la questione: quale applicazione ne può trarre la chirurgia? Partendo da questo punto di vista gli AA. hanno intrapreso uno studio chirurgico sperimentale sui cani.

È stato osservato in tutti i lavori sperimentali sull'addome che nell'autopsia eseguita a 4-6 settimane dall'intervento si riscontrano aderenze omentali alla ferita del peritoneo viscerale, fatta eccezione per lo stomaco. Sembra dunque che un metodo da seguire logicamente sia di utilizzare queste aderenze, che del resto è impossibile prevenire; e, poichè la guarigione delle ferite è essenzialmente un processo di formazione di aderenze, l'impedire assolutamente queste ultime sarebbe come impedire la guarigione delle ferite.

La prima serie di esperienze è consistita nel produrre delle perforazioni in differenti tratti del tubo gastroenterico, e quindi sovrapporre a queste l'omento, tenendolo fisso con una debole sutura: con lo scopo di vedere se si ottiene la guarigione e in qual modo; e fino a che ampiezza potevano essere praticate le perforazioni. In tre cani vennero praticate delle perforazioni di 1-2,6 cm. sul digiuno e sull'ileo: su queste venne poi portato l'omento e suturato con seta. Tutti i cani guarirono senza alcun segno di peritonite od ostruzione; e all'autopsia si trovarono aderenze nel punto perforato, mentre a occhio nudo era già facile constatare una ipertrofia della mucosa che copriva la cicatrice. In un quarto cane si andò più oltre, tagliando addirittura l'intestino con le forbici, sì da lasciarne intatta la parete solo per un piccolo tratto di 1 cm., vicino all'inserzione mesenteriale: tale soluzione di continuo venne al solito coperta di omento, suturando questo ai bordi della ferita. Il cane guarì senza segni di peritonite; e all'autopsia l'omento fu trovato aderente solo in quel punto dove si era praticata artificialmente la lesione; e similmente non si dimostrò la presenza di peritonite o di ostruzione.

In un'altra serie di esperimenti si aggredì lo stomaco. Sopra una perforazione di 1,8 cm. praticata sulla parete anteriore dell'antro si portarono due piani di omento, mantenendolo con uno strato circolare di punti: il cane morì di peritonite il mattino seguente: l'autopsia dimostrò un errore di tecnica nella non completa accuratezza della sutura. In un secondo cane, in cui questa fu eseguita con la massima cura, si ebbe la guarigione. Identico risultato dette il trattamento analogo eseguito su una perforazione di 2 cm. praticata sull'estremità pilorica. La necessità di una sutura rinforzata è dovuta ai vivi movimenti peristaltici di questo viscere.

Sul colon furono fatti due esperimenti: in uno si ebbe la guarigione, in un altro la morte: ma in quest'ultimo due circostanze speciali avevano reso difficile l'intervento: la presenza di abbondanti feci nel viscere, l'insolita piccolezza dell'omento.

In una nuova serie di cinque cani gli AA. praticarono una sutura termino-terminale, tralasciando il piano siero-sieroso di Lembert, ma avvicinando rapidamente i due capi con qual-

(1) Rileviamo come anche all'estero si vada riconoscendo essere la scoperta della circolazione del sangue gloria italiana, come dimostrava il Ceradini e corroborava con la sua alta autorità il Lanciani. (*N. del Tr.*).

che punto a tutto lo spessore, e sovrapponendo poi tutt'attorno alla ferita l'omento, fissandolo con qualche punto anche al mesenterio. Guarigione. L'autopsia dimostrava anche la guarigione anatomica, senza peritonite: in due casi si trovarono aderenze fra due anse adiacenti senza peraltro il minimo segno di ostruzione.

Fatti audaci dai risultati, gli AA., in un'altra serie di cani, soppressero l'afflusso sanguigno a un certo tratto di intestino, per mezzo della legatura dei vasi mesenterici corrispondenti: e su questi tratti fissarono l'omento. Ciò con lo scopo di vedere se quest'organo può guarire un'area necrotica, se cioè insorga o venga prevenuta la gangrena. Quattro cani furono trattati in questo modo: tutti guarirono completamente, senza sintomi di gangrena, intossicazione o peritonite. L'autopsia dimostrò estese aderenze dell'omento attorno all'intestino, e aperto il lume di questo, l'assoluta mancanza di alterazioni; microscopicamente non si constatò la neoformazione di vasi dall'omento all'intestino, mentre i vasi omentali erano numerosissimi e assai distesi, specialmente le vene, denotando una congestione passiva. Potrebbe sorgere la questione se la gangrena si sarebbe avuta non applicando l'omento: in un esperimento di controllo, in cui, sezionati i vasi, non fu fatta la sovrapposizione di epiploon, il cane mostrava segni di peritonite al secondo giorno e moriva al terzo: all'autopsia: peritonite generale, gangrena avanzata del tratto intestinale privato dell'afflusso sanguigno, e rottura di questo per circa 6-7 cm.

Conclusioni. — Sembra provato che l'omento è perfettamente capace di guarire perforazioni gastriche e intestinali di varie dimensioni; che esso può essere usato per facilitare il lavoro nelle anastomosi intestinali; che è capace di prevenire la gangrena di grossi tratti di parete intestinale. Visti i risultati del lavoro sperimentale, l'ultimo quesito da porsi è di vedere quali ne possano essere le applicazioni pratiche nella chirurgia addominale:

1° poichè le aderenze non possono essere prevenute, e si formano in una grande maggioranza di casi, cerchiamo di utilizzarle;

2° le aderenze omentali sono meno pericolose, e sono quindi preferibili ad aderenze fra anse intestinali adiacenti;

3° utilizzando il margine libero dell'omento durante l'intervento, piuttosto che lasciare che esso e i visceri adiacenti formino delle aderenze promiscue.

Su queste basi gli AA. indicano alcune condizioni chirurgiche in cui l'omento potrebbe essere usato:

1° nelle perforazioni prodotte da cause svariate (ferite d'arma da fuoco, ulcere gastriche, duodenali, tifose, perforate, ecc.), quando il paziente è in stato di shock, troppo debole per interventi più estesi; in altre parole, quando il tempo diviene un fattore importante, l'omento può essere rapidamente suturato attorno alla lesione, e l'addome richiuso. In un caso recente di ascesso da gangrena appendicolare, essendo il paziente in uno stato da non permettere la resezione, venne fissato tutt'attorno alla lesione l'omento, e si ottenne la guarigione: l'operatore essendosi attenuto giustamente al principio, che: «si formassero pure aderenze ostruttive, due operazioni e la vita del paziente sono da preferire a un'operazione seguita da decesso»;

2° per riparare delle lesioni mesenteriche;

3° per la protezione di superficie escoriate, onde prevenire aderenze;

4° nell'escisione di tumori epatici l'omento può essere utilizzato per favorire la formazione di una larga base per la sutura emostatica del taglio di escisione;

5° nel drenaggio del coledoco, l'omento può esser fissato attorno al drenaggio, per prevenire la fuoriuscita del liquido, e, anche con l'omento, può esser costruito un nuovo dotto, quando una parte del coledoco è stata asportata;

6° nella cura della stenosi pilorica si può tagliare attraverso l'area stenosata e sovrapporre l'omento alla ferita;

7° in tutte le resezioni intestinali si sovrapponga un tratto di omento alla sutura. Quando la resezione debba esser fatta nel minimo tempo possibile, i due capi possono essere avvicinati con una sutura semplice a tutto spessore, e quindi sovrapponendo dell'omento;

8° abbiamo dimostrato che l'omento può essere usato per prevenire la gangrena; perciò nello strozzamento intestinale per varie cause (volvulo, ernia strozzata, ecc.), quando v'è dubbio sulla vitalità dell'intestino, l'omento può essere un gran mezzo ausiliario. Parimente, nella trombosi mesenterica, quando c'è dubbio sulla nutrizione sanguigna di una data area.

I risultati del lavoro sperimentale sono stati così uniformemente positivi e convincenti che gli AA. non esitano nell'avanzare i loro postulati; con la speranza che questo lavoro possa esser seguito da altri ed esteso, ed eventualmente dimostrato di reale utilità pratica per il chirurgo.

SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'edema pulmonare nella pulmonite ed il suo trattamento.

Nella pulmonite si può produrre una piccola area di edema localizzata intorno al focolaio pneumonico. Tale fatto non ha grande importanza clinica; ma talvolta si può avere un edema generalizzato che costituisce un grave pericolo per l'infermo quando non si intervenga prontamente.

Bastedo (*Journal American Medical Association*, 1917, n. 10) ricorda che l'edema pulmonare è determinato da fattori che aumentano la produzione di liquido e da altri che ne ostacolano la rimozione. I primi sono costituiti da aumento della pressione intracapillare (ipertensione arteriosa, dilatazione delle arteriole, ostruzione venosa, pletora), da aumento della permeabilità della parete dei capillari (veleni circolanti, irritazione locale, difetto di ossigeno e di materiali nutritivi) e da idremia (consecutiva sopratutto alla inopportuna introduzione di acqua per varie vie). I fattori che ostacolano la rimozione dei liquidi sono: la stasi linfatica (diminuita motilità del pulmone e ostruzione dei tronchi linfatici), la diminuzione dell'assorbimento capillare (ostruzione venosa, idremia, trasudato ricco in proteine e quindi con un'alta pressione osmotica) e aumento della concentrazione molecolare dei tessuti.

Tutti questi fattori hanno un'azione più o meno importante nella produzione dell'edema pulmonare nei pulmonitici e ripetono la loro origine dalla debolezza del cuore, dalla insufficienza della motilità del pulmone, dipendente dalla depressione del centro respiratorio, dall'acidosi, dalle concomitanti reazioni pleuriche, e anche dagli effetti diretti o riflessi sul diaframma determinati dal timpanismo a da una acuta dilatazione gastrica.

Il meccanismo patogenetico dell'edema pulmonare suggerisce il trattamento, che deve essere indirizzato a rinforzare ed a regolarizzare l'attività cardiaca, a stimolare il centro respiratorio, a compensare la insufficienza respiratoria ed eventualmente a combattere l'acidosi.

Per rinforzare e regolarizzare l'attività cardiaca giovano la digitale e, sopratutto quando questo farmaco sia stato già somministrato, la strofantina (non più di 3 mgr.) e la ouabaina (5 mgr.) per via intravenosa. In ogni caso non deve essere mai trascurato il salasso, che spesso dà effetti immediati.

Per combattere la insufficienza respiratoria vanno usate la caffeina, la canfora, la stricnina (a meno che non ci sia ipereccitabilità riflessa), le inalazioni di ossigeno, la respirazione artificiale, la pituitarina (per diminuire la pressione endoaddominale), l'applicazione di rivulsivi sulla parte toracica (cataplasmi senapati, ventose, ecc.): giova infine collocare il paziente in modo che la testa sia in posizione più bassa del torace.

L'acidosi va eventualmente combattuta col salasso e con le inalazioni di ossigeno: non si devono far mai iniezioni di liquidi alcalini, che aumenterebbero l'edema. *a. a.*

Le complicanze pulmonari post-operatorie.

Cutler e Morton (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1917, rif. in *Medical Record*) hanno studiate le complicanze pulmonari consecutive agli atti operatorî. Su 3490 operazioni essi hanno 65 volte constatate tali complicazioni e nella seguente proporzione: Pulmonite lobare 19 casi, broncopulmonite 21, bronchite 7, pleurite 5, empiema 2, mediastiniti 3, embolia pulmonare 6, pneumotorace 2. Gli autori ritengono che l'anestesia per sè stessa non è capace di determinare processi morbosi nell'albero respiratorio e quindi essa è stata finora ingiustamente incriminata. I veri fattori predisponenti di tali processi sarebbero: 1. lo scadimento della nutrizione generale, l'età, l'anemia, l'alcoolismo, l'arteriosclerosi, la debolezza cardiaca; 2. la sepsi della bocca; 3. le malattie pulmonari preesistenti: tubercolosi, bronchite, enfisema, pulmoniti recenti; 4. la cattiva somministrazione dell'anestetico; 5. la presenza di focolai settici; 6. le operazioni radicali in vicinanza dei pulmoni o sugli stessi pulmoni; 7. le operazioni dell'epigastro con pericolo di versamento sanguigno o linfatico; 8. il perfrigeramento; 9. i dolori postoperatorî che richiedendo l'immobilità ostacolano la libera espansione pulmonare e quindi determinano l'ipostasi.

Whipple (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1918, rif. in *Medical Record*) su 3719 operazioni ha avuto 97 complicanze pulmonari. Anche egli ritiene che la narcosi per sè stessa non ne sia la causa determinante, anche perchè le forme pneumoniche sono più frequenti nei casi nei quali si adopera l'anestesia locale con la novocaina. Whipple così raggrup-

pa i fattori predisponenti: 1. le infiammazioni locali del tratto respiratorio superiore; 2. i disturbi vasomotorî che determinano una congestione dei vasi pulmonari; 3. i fatti che inibiscono, che ostacolano i movimenti respiratorî toracici o addominali, o favoriscono l'atelettasia e l'ipostasi; 4. le infezioni locali e generali; 5. gli stati di debilitamento che diminuiscono l'immunità naturale o acquisita verso gli agenti infettivi della pulmonite ed i fattori che ne aumentano la virulenza.

Le conclusioni cui giungono i varî autori sulle cause e sulla frequenza delle forme pulmonari consecutive agli atti operatorî possono dirsi identiche. E la enumerazione delle cause costituisce di per sè stessa la norma per la prevenzione di queste complicanze. *a. a.*

Il trattamento del vomito post-cloroformico.

Jeannency (*Gaz. des Sciences Méd. de Bordeaux*) divide i vomiti cloroformici in due gruppi: 1) vomiti benigni mucosi o biliari che possono essere di origine psichica o in rapporto all'odore sgradevole del cloroformio ed alla sua azione irritante sulle vie respiratorie, donde eccitazione indiretta dei centri bulbari del vomito; 2) vomiti gravi analoghi a quelli che si hanno nelle intossicazioni e sono sintomatici di un avvelenamento sopravvenuto a causa di una suscettibilità particolare, di una idiosincrasia: il cloroformio o altri veleni organici esaltati eccitano direttamente il bulbo.

Importa di prevenire e curare questi vomiti, a causa delle azioni generali e delle facili complicazioni sugli organi del respiro (*polmoniti ab ingesta*), ecc.

Dal punto di vista del trattamento occorre rilevare che se si ha interesse a sopprimere i vomiti psichici, non si devono combattere che con una certa circospezione quelli che sono l'esponente di una intossicazione leggera, ossia i vomiti ribelli, prima mucosi e poi biliari. Questi si hanno dopo le operazioni lunghe e contengono tracce di cloroformio sei ore dopo la narcosi. La soppressione di questi vomiti lascia uno stato di nausea, una pesantezza all'epigastrio, che sono alleviati solo dai vomiti tardivi che si verificano dopo tre giorni. Bisogna quindi rispettare i vomiti chiaramente tossici.

Per la prevenzione dei vomiti psichici o dovuti alla nausea occorre una conveniente preparazione del malato, la scelta di un buon anestetico e adatta assistenza post-narcotica. L'A. propone du procedimenti: o si somministra all'infermo un preparato che eliminandosi per i pulmoni lotti contro l'odore sgradevole del cloroformio, o inalando direttamente l'antidoto. Il primo trattamento ha l'inconveniente di introdurre un medicamento in un organismo già intossicato, ma l'A. assicura di avere avuto dei buoni risultati con le pastiglie di eucaliptolo e mentolo. Come antidoti da inalarsi sono stati consigliati l'ossigeno, l'aceto, il nitrato d'amile, essenze e profumi, e tra questi sopratutto l'acqua di Colonia.

In presenza di vomiti tossici che d'ordinario accompagnano una sindrome ittero-epatogena si farà il lavaggio dello stomaco, lavande cutanee con lozioni alcooliche, colluttorî, iniezioni intrarettali di siero glucosato freddo. Se v'è cianosi si faranno inalazioni o anche iniezioni sottocutanee di ossigeno. Dopo una dieta assoluta di qualche ora si daranno tisane calde lactosate, acque alcaline, e più tardi anche del latte. Il secondo giorno si somministrerà un purgante colagogo preferibilmente il solfato di soda. Alcuni autori hanno suggerita la trasfusione del sangue.

Comunque, Jeannency pensa che non si deve sperare di sopprimere completamente il vomito post-cloroformico, ma che si possa diminuirlo sopra tutto col trattamento profilattico.

a. a.

MEDICINA LEGALE.

Qualche nuovo espediente clinico per l'accertamento diagnostico della sciatica.

Roccavilla ha tratto giovamento per lo studio di numerosi sciatalgici dai seguenti segni ch'egli ha escogitato sulla base delle comuni nozioni anatomo-fisiologiche e sulla guida anche di altri sintomi già noti.

Nella ischialgia vera:

1° Esiste in otto casi su dieci un'iperalgesia notevole al pigiamento fra le dita del testicolo omologo al lato offeso, iperalgesia che è controllabile con le ordinárie prove di Bechterew, di Lombroso-Mannkopf, della ipertensione rapida del polso. La genesi del fenomeno non deve essere dissimile da quella del così detto segno degli adduttori, per rispetto al quale ha il vantaggio di più intime correlazioni di innervazione sensitiva fra didimo e piccolo ischiatico.

2° L'esplorazione rettale metodica ed accompagnata da brusche pressioni a scatto in direzione della parete pelvica del lato offeso, in 9 casi su 10 provoca ad ogni atto di propulsione del dito una reazione dolorosa vivacissima controllabile coi mezzi suddetti e, ad ogni modo, sempre più grave che non quella ottenuta con la ricerca dei punti dolorosi di

Valleix e di quello ipofisario di Trousseau. Le ragioni del sintoma vanno ricercate nella stimolazione mediata e indiretta delle propaggini del piccolo sciatico e dell'apice del plesso sacrale. Il segno serve specialmente per le forme discendenti e pei casi nei quali la sciatica colpisce di preferenza la parte alta del nervo.

3° La resistenza elettrocutanea ed anche profonda della porzione terminale dell'arto, saggiata in una bacinella galvanica, costruita in modo, che uno degli elettrodi peschi nel liquido e l'altro sia a contatto con l'arto, è quasi sempre diminuita per rispetto al lato opposto. Tale fenomeno è conseguenza necessaria e non simulabile delle condizioni vasomotorie ed ipotermiche locali.

4° I riflessi poplitei sono d'ordinario più torpidi dal lato affetto che non da quello sano. L'A. sta studiando la reazione reflessa, che può ottenersi in ogni individuo, allorchè queto sia messo in posizione prona su un piano orizzontale, abbia sorretto l'arto inferiore in semiflessione dalla mano sinistra dell'operatore e con uno speciale martello a spatola riceva dalla mano destra dell'operatore stesso un colpo brusco e di taglio in corrispondenza dei tendini del semimembranoso e semitendinoso da un lato (riflesso popliteo interno), di quello del bicipite crurale dall'altro (riflesso popliteo esterno). Egli ha trovato che nel soggetto normale la manovra provoca un sensibile movimento di flessione e di rotazione interna della gamba sulla coscia, meglio avvertibile per la stimolazione meccanica dei tendini poplitei interni. Il fenomeno subisce notevoli modificazioni in più od in meno in diverse condizioni morbose. La via afferente del riflesso, essendo segnata dai rami superiori dello sciatico, è facile comprendere l'utilità della ricerca di questo riflesso nella ischialgia, specie se si consideri che, fino ad ora, la reflettività alle dipendenze dello sciatico, che si ricercano nell'arto dolorante, ne riguardano esclusivamente le diramazioni più distali.

5° Esiste in 7 casi su 10 una manifesta dissociazione fra la contrattività idiomuscolare dei gastrocnemi allo stimolo meccanico e la reflessività tendinea dell'achilleo alla medesima eccitazione. Tale fenomeno dipende dalle circostanze già note per la sciatica, dell'ipotensione del tendine d'Achille (Barrè, 1915), dell'iporeflessività achillea e della ipereccitabilità idiomuscolare (Sicard, 1916).

6° In 5 casi su 10, in correlazione con le ipereccitabilità idiomuscolari delle masse maggiori, esiste nei primi tempi un'esagerazione dei riflessi dei piccoli muscoli del piede, che tardivamente si muta poi in un torpore più o meno manifesto.

7° In molti casi può comparire un riflesso patologico, che l'A. ha descritto col nome di plantare cremasterico e che è costituito dalla possibilità di provocare una vivace elevazione del testicolo mediante titillamento omo- ed eterolaterale della pianta del piede in individui mancanti dell'ordinario riflesso plantare. Questo sintoma, che trae le sue origini da condizioni già note per la sciatica, dall'abolizione cioè del riflesso cutaneo-plantare e dall'esagerazione di quello cremasterico (segno di Gibson), in nessun'altra forma morbosa è riuscito così manifesto come per certi tipi di sciatica, di guisa che, quando esiste, acquista notevole importanza diagnostica. (*Riforma medica*, 1918, n. 9). A. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(953) All'abb. n. 1980:

L'acne sifilitica non ha mai decorso molto cronico e di solito non si presenta in tratti cutanei molto circoscritti.

Il volto è invece sede prediletta dell'acne volgare contro cui gioveranno le solite cure locali (digrassanti e cheratolitiche) e la opportuna dietetica. V. M.

(954) All'abb. n. 9732:

Nei disturbi in dipendenza di una lues nervosa, le frizioni mercuriali avrebbero la loro indicazione. Al mercurio introdotto per via cutanea molti attribuiscono un'azione elettiva sul sistema nervoso. V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. PENSA. *La chirurgia dell'esofago.* Tipo-litografia del Commercio, Lecco, 1916.

La pubblicazione sulla chirurgia dell'esofago di cui il dott. Pensa ha arricchito la bibliografia medico-chirurgica italiana è un pregevole lavoro per completezza e chiarezza. L'anatomia chirurgica, la patologia e la semeiotica dell'esofago sono lucidamente ed abbondantemente esposte. Buona parte del libro è dedicato alla esposizione dei metodi delle operazioni che si operano sull'esofago e delle loro rispettive indicazioni. Numerose figure rendono ancora più chiara l'intelligenza del testo.

Questo libro non solo è una guida sicura per i chirurgi, ma è un incitamento a nuove ricerche. *r. t.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito di equiparazione del corpo medico alle armi combattenti.

Spett. Redazione del *Policlinico,* Sez. pratica,

A proposito dell'articolo di Pangloss su l'equiparazione del corpo medico militare alle armi combattenti, molte e non inopportune considerazioni e aggiunte si possono fare, prima che qualunque disposizione ministeriale venga a rendere sterile ogni disquisizione sull'argomento. È verissimo: il corpo sanitario militare non occupa nell'esercito nostro quel posto che gli compete e per la superiorità intellettuale su quasi tutti gli altri ranghi di ufficiali, e — mi sia permesso affermarlo — per la superiorità morale delle finalità per le quali è chiamato a servire la patria e l'umanità.

Ma, secondo me, sarebbe un errore grave non voler fare distinzioni tra il nostro corpo e l'arma combattente. Per i caratteri differenziali suaccennati, il medico non deve appartenere all'arma combattente; il che non significa che debba averne un trattamento inferiore, ma, anzi, superiore: un trattamento *sui generis* che non l'equipari, ma lo distanzi su tutti gli altri ufficiali combattenti e non combattenti.

Il Ministero della Guerra, in quel confusionismo burocratico a cui siamo tanto abituati, mentre da alcuni punti di vista considera i medici come non combattenti, da altri invece li tratta alla stregua de' combattenti. Così, per esser promosso di grado, un medico deve avere la incondizionata abilità fisica. È semplicemente ridicolo che uno scienziato non possa valere un atleta!... Quanti colleghi, anche senza avere attitudini alla corsa, al salto o al maneggio delle armi (per le quali cose tutte occorre indubbiamente l'incondizionata abilità fisica), anche con un vizio di cuore, o un'ernia voluminosa, o cogli esiti di una malattia di organi interni, possono essere ottimi ed efficientissimi direttori o capo reparti d'ospedale!

Ma ciò non pare che entri nelle... miopiche vedute delle autorità competenti. Mi sovviene di un ufficiale superiore medico — effettivo, naturalmente — aitante della persona, senza una grinza a oltre quarant'anni, cavallerizzo infaticabile, che è stato, dopo alcuni mesi di guerra, promosso di grado. Era indiscutibile la sua incondizionata idoneità fisica! ma chi si è mai sognato di stabilirne la idoneità professionale?... Quel bell'uomo, esuberante di salute, suturava le ferite da granata con incipiente gangrena gasosa!! Senza commenti...

In contrapposizione a questo caso, che ho motivo di non credere sporadico, quanti sono i medici veramente di vaglia che fossilizzeranno nel loro modesto grado per il grave demerito di avere qualche imperfezione incompatibile, per quanto lieve, con i disagi della vita reggimentale?

È urgente provvedere.

***

Già che siamo in tema di rivendicazioni, parliamo un pochino anche dell'enorme disparità di trattamento che esiste fra ufficiali medici effettivi e quelli di complemento e territoriali. Se si pensa che chi ha fatto e continua a fare le spese del servizio sanitario in guerra è la categoria dei medici borghesi chiamati, o richiamati per l'occasione; se si pensa che molti medici effettivi non hanno ancora visto una trincea, mentre moltissimi dei colleghi nostri anche vecchiotti e della territoriale non riescono ad ottenere l'avvicendamento dalla prima linea che dopo più di un anno di servizio reggimentale, e dopo aver chiesto, richiesto, reclamato; se si pensa a ciò, dico, non par vero che proprio agli ufficiali di complemento e territoriali sian riservate, oltre al danno, le beffe!...

Un giovane di ventiquattro, venticinque anni, ottenuta nel maggio del 1915 la laurea in medicina *ad usum delphini,* una laurea di guerra, insomma, è chiamato a prestar servizio militare: presenta il suo diploma ed è nominato sottotenente. Poco dopo fa domanda di passare effettivo, ed è tenente; in breve: alla fine dell'anno scorso, questo bravo collega ha già messo la sua terza stelletta, e diventa presto capo servizio. Che titoli ha questo neo signor capitano? Ecco: laurea ridotta (l'abbiamo già detto); un lungo servizio in qualità di medico di battaglione, che è come chi dicesse qualche cosa fra il veterinario, l'infermiere e lo zingaro; o tutt'al più qualche tempo di assistentato in una sezione di sanità o in un ospedale da campo ove avrà avuto agio di meditare melanconicamente sulla grande diversità che intercede tra gli ideali teorici delle dottrine universitarie e la realtà pratica dell'esercizio professionale; ma è effettivo, e basta questo sol titolo perchè gli si accordi un trattamento privilegiato.

Così si fabbricano dall'autorità sanitaria militare quegli spostati che per il loro grado potranno e dovranno far sentire la loro autorità, non solo disciplinarmente, ma purtroppo anche nel campo tecnico, sui subordinati colleghi rimasti tenenti non ostante la padronanza assoluta della medicina o della chirurgia che loro conferiscono ben quattordici anni di pratica.

Gli inconvenienti che da questo stato di cose possono nascere sia dal lato disciplina, sia dal lato prestigio e dignità professionale, sia dal lato della deontologia collegiale, sono così intuitivi, che mi pare per lo meno superfluo insistervi oltre.

Dobbiamo però insistere perchè vi si ponga un riparo!

***

Ad una discussione di così alta importanza come questa che si è riaperta nel nostro giornale, nessun collega dovrebbe tenersi estraneo. Se si vuole ottenere qualche cosa, è risaputo che è meglio portar vasi a Samo, che non portarne affatto. Per la rivendicazione degli interessi e del decoro dei medici, ogni collega porti il suo contributo: se non ha considerazioni nuove da fare, mandi almeno al *Policlinico* il suo consenso; così dalla semplice discussione si potrà assurgere a un voto plebiscitario di classe.

Con ogni osservanza. Dott. GIOVANNI MALACRIDA.

Per l'assimilazione alle armi combattenti dei medici della R. Marina.

Egregio collega Pangloss,

Leggo con gran piacere essere sua intenzione di tornare sulla grave questione dei medici dell'esercito non considerati come arma combattente.

Sono certo che tutte le buone ragioni in favore dei bravi e valorosi colleghi i cui nomi ricorrono spesso nell'*Albo d'oro*, saranno ampiamente svolte per dimostrare l'incoerenza dell'esclusione dalla polizza di assicurazione sulla vita.

Ma che dire poi di questa esclusione estesa ai medici della R. Marina dei ruoli di complemento e della riserva navale?

Essi quando sono *imbarcati* corrono esattamente lo stesso rischio degli ufficiali delle altre categorie combattenti; quando poi sono *a terra*, destinati ai battaglioni o alle compagnie da sbarco, non si trovano nelle precise condizioni di pericolo degli ufficiali combattenti?

Per prova di risposta affermativa basta ricordare i *martiri nostri*: Garetti, Machiavelli, dei quadri di complemento, vittime dell'insidia nemica, come Licopoli, Guida e Buosi dei quadri effettivi, ed i valorosi superstiti di azioni guerresche Guasso (con due medaglie), Saporiti e Fattori, sul cui petto brillano i segni del valore.

Che più si vuole per affermare che anche i medici di marina, sia in attività che di complemento, *devono* essere ritenuti come combattenti?

Genova, 8 luglio 1918. Abbonato 2107.

A proposito di anafilassi morale.

Esimio Signor Direttore del *Policlinico*,

Mi conceda una breve risposta alla lettera di quell'anonimo *x. y.* pubblicata nel *Policlinico* e che fa una critica poco serena e molto unilaterale contro la classe dei medici, affermando che «*da quando è scoppiata la guerra avrebbe dato un esempio un poco zoppicante di disciplina morale*».

Non voglio credere che il novello Minosse sia realmente un collega, sebbene soggiunga: *Poveri noi se tutti ci avessero imitati!* perchè sebbene dia prove palmari, nella sua requisitoria, di conoscere ben poco tutte le benemerenze della classe medica, pretende di volerne, nondimeno, biasimare acerbamente il contegno, dipingendola come irrequieta, malcontenta, insoddisfatta fino a denunciarla al Ministro degli interni perchè *impedisca* ai medici *di strillare sui loro giornali i loro pareri, i loro reclami, le loro animosità, le loro querimonie.*

Nessuna classe di cittadini italiani, a suo dire nell'ombra dell'anonimo, assai comoda ma poco decorosa, *ha con tanta insistenza lamentato e protestato tanto. Nessun giornale professionale di ingegneri, di segretari comunali, di salumieri, di ferrovieri ha mai riempite le sue* (!) *colonne di tante richieste e denuncie di disparità, di ingiustizie e simili cose.*

Basterebbe questo tribunesco giudizio per provare che la prosa del signor *x. y* era piuttosto meritevole di essere, come dicesi in gergo giornalistico, cestinata, o lasciata inosservata.

Se ho creduto di protestare come uno dei vecchi fautori della maggiore elevazione morale ed economica della classe medica, non certo lo faccio per rivolgere un rimprovero, forse meritato, all'anonimo accusatore e dileggiatore, ma perchè mi pare che le cose da lui affermate non rispondono affatto alla verità, come non è del tutto esatto che le manifestazioni dei medici durante la guerra non siano improntate a vera solidarietà, nè ad opportunità di reciproche rinuncie.

Ma non è tempo di simili discussioni.

La classe medica nella sua grande maggioranza adempie serenamente alla sua ardua e difficile missione, dando anche prove continue di tregua nei partiti per il bene della patria, per il trionfo della giustizia e del diritto dell'Italia.

Dopo la vittoria riprenderemo la discussione dell'*anafilassi morale*.

Nunc est tempus agendi.

Siena, luglio 1918. Prof. BARDUZZI.

Sullo stesso argomento ci scrive l'abbonato n. 4387 il quale protesta contro il sig. *x, y.*, che vorrebbe applicare il bavaglio ai medici, e si dichiara solidale con *Pangloss;* adduce, ad illustrazione, un caso specifico.

Per l'indennità caro-viveri ai medici condotti.

Caro *Policlinico*,

Mi sia concesso di ringraziare a mezzo di cotesta Redazione — e credo con ciò interpretare il pensiero di molti colleghi — il dott. L. L., abbonato 5483, per la puntata sullo aumento di stipendio ai medici condotti. Ed a lui vada tutta la nostra riconoscenza, in quanto questi paria della società che siamo i medici condotti, non abbiamo nè Ordini nè Associazioni che si interessino nei nostri riguardi. Tranne qualche voce solitaria, a me pare che nessuna azione intensiva è stata svolta a nostro favore dagli organi di tutela. E perchè tanta inesplicabile inerzia? O che le agitazioni sono riservate solo ai periodi elettorali?

Parroci — financo questi — maestri elementari i quali usufruiscono di ogni beneficio, tutti hanno avuto aumenti di stipendio: il solo medico-condotto deve stiracchiare la vita perchè per costui non esiste la corsa vertiginosa del rincaro; e, nella stessa residenza, il medico non paga o paga a vil prezzo quanto il maestro ed il parroco pagano a prezzo decuplo!... Benedette autonomie comunali!

E se le circolari ministeriali e le raccomandazioni prefettizie hanno un sostrato di verità — non seguite dai soliti contrordini clandestini — perchè non si provvede di ufficio allo stanziamento in bilancio dei relativi aumenti? O meglio ancora, perchè S. E. Orlando non rende obbligatorio l'aumento, visto che i Comuni sono riluttanti a concedere ciò che è giusto, mentre poi largheggiano nelle spese facoltative che si risolvono in favoritismi elettorali? Ma la ragione c'è, egregio collega

L. L., ed è la nostra acquiescenza, la nostra muta aspettativa, la mancanza di quello spirito di associazione, di propaganda e di combattività che ci metterebbe a livello di molte altre corporazioni le quali tutto ottengono quando vogliono! Ma io ho piena fiducia che dalle colonne del *Policlinico* si leverà — come sempre — la voce della Giustizia, e che il grido lanciato dal collega L. L. non rimarrà senza un'eco benevola da parte dei nostri Ordini e dei nostri Sodalizi.

Con sentite grazie Abbonato 1575.

On. Redazione del *Policlinico*,

Nel fascicolo 24 del 16 giugno u. s. il dott. L. L. lamenta che da parte di certi Comuni non venga pagata la indennità caro-viveri ai medici condotti, mentre in altri è regolarmente corrisposta. Per quanto possa sembrare strano, ciò avviene anche per gli ufficiali medici in servizio civile di condotta; vi sono distretti che pagano la indennità caro-viveri (p. es. Milano, Bergamo), ve ne sono altri (p. es. Monza, Brescia) che non la corrispondono. Non si riesce a comprendere come le disposizioni riguardanti la indennità in parola siano così poco chiare da poter subire una opposta interpretazione.

Il *Policlinico*, qualche mese fa, a domanda di un abbonato, ebbe già a rispondere, nella apposita rubrica, che nessuna disposizione ha tolto agli ufficiali medici in servizio civile la indennità caro-viveri. E allora?

Non potrebbe il *Policlinico* stesso pubblicare le disposizioni riguardanti le indennità agli ufficiali medici in servizio civile o, meglio ancora, sottoporre il quesito al competente Ministero e pubblicare la risposta? Si tratta di un argomento che interessa molti ufficiali medici i quali, se la risposta sarà sfavorevole, non protesteranno certo, consci come sono che in questi momenti più che dei diritti si hanno dei doveri. Ma è naturale, d'altra parte, che desiderino sapere se la indennità deve o non deve essere corrisposta.

Cotesta on. Redazione pubblichi, se crede, la presente che, a giudizio di chi scrive, e speriamo anche del collega *x. y.*, non è tale da dare «esempio zoppicante di disciplina morale».

Ringraziando Abbonato n. 2809.

Non mancheremo d'interessarci a quanto richiede il collega.

On. Redazione,

Mi associo alla preghiera che rivolge il collega n. 5483 a codesta spettabile redazione, se bene la nostra voce, è voce ch'esclama nel deserto per i nostri governanti. Noi medici condotti siamo i reietti del paese. Abbiamo obblighi, non diritti.

Per tutte le altre classi il ministero ha trovato modo di corrispondere o far corrispondere il caro-viveri, per i medici condotti non altro che parole. Abbiamo gli Ordini e l'Associazione, ma quelli e questa si occupano di politica. Abbiamo una discreta rappresentanza di medici in parlamento, ma non sa scendere fino a noi. Lo scrivente non ha nè caro-viveri, nè aumento del 30 per cento, e dai reclami avanzati a chi dovrebbe provvedere, non ha ricavato che... le spese di carta bollata e di posta.

Voglia codesta spettabile redazione far sentire la voce dei medici condotti per una giusta causa.

Ringraziando sentitamente

Dott. L. C., abb. n. 4793.

ATTI PARLAMENTARI.

Destinazione dei medici militari avvicendati per servizi sanitari civili.

All'on. Rampoldi il ministro Zupelli ha così risposto:

«Il desiderio dell'on. Rampoldi, circa la convenienza che i medici militari, avvicendati dai servizi sanitari civili, vengano di preferenza destinati alla loro abituale residenza, dove erano titolari, è pienamente condiviso da questo Ministero il quale si è ispirato all'opportunità di eliminare qualsiasi ragione di perturbamento, tanto per l'organizzazione del servizio di assistenza sanitaria civile, quanto per le conseguenze finanziarie delle amministrazioni pubbliche interessate.

È la veridicità di tale asserzione si rileva dal fatto che, non solo questo Ministero ha disposto nelle norme, riflettenti l'esecuzione del Decreto Luogotenenziale n. 1985, del 9 dicembre passato anno, che «ogni prefettura, presi accordi diretti con le Amministrazioni civili locali, designi al Ministero della guerra il nome del medico che si gradirebbe in sostituzione del precettato», ma è continuamente vigile a che tali disposizioni siano applicate con quel cosciente rigore richiesto dalle esigenze del delicato servizio di assistenza sanitaria pubblica e dalla gravità del momento».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Malaria e chinino dello Stato.

In vista delle difficili condizioni nelle quali si svolge attualmente il commercio internazionale del chinino e che rendono oltremodo difficile il rifornimento di questo, il Ministro dell'interno, on. Orlando, su proposta del Direttore generale della Sanità pubblica, ha diramato, in data 29 giugno ultimo scorso, un telegramma ai Prefetti del Regno per disciplinare il buon governo del chinino dello Stato.

In esso si segnala la necessità che la somministrazione del farmaco, ai fini della legge e del regolamento per combattere la malaria, da farsi colle forme e garanzie prescritte, sia circondata della dovuta circospezione, vigilata e controllata severamente.

Si prescrive che gli Uffici comunali, gli ufficiali sanitari e gli altri medici incaricati del servizio antimalarico istituiscano appositi registri per il servizio del chinino, in modo da renderne facile il controllo da parte del medico provinciale.

S'insiste perchè si provveda acciò l'assistenza sanitaria nelle zone malariche sia sufficiente e la

cura dei malarici sia sempre pronta, sicura ed energica.

Si disciplina inoltre il servizio della profilassi chininica, disponendo che questa si attui sotto la diretta vigilanza dei sanitari, a preferenza nelle località di malaria grave e tra le persone e i gruppi di popolazione maggiormente esposti al pericolo di contrarre la malattia.

S'insiste infine perchè sia dato il massimo sviluppo agli altri mezzi di profilassi antimalarica, quali le piccole bonifiche, la distruzione delle larve degli anofeli nei ristagni di acqua vicini agli abitati e la protezione meccanica delle abitazioni.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'alimentazione degli ammalati.

Riportiamo la seconda parte della Relazione estesa dalla Commissione scientifica per l'alimentazione degli infermi nominata dal ministro degli approvvigionamenti e consumi, relazione di cui abbiamo già pubblicata larga parte nel fascicolo (pag. 673).

Nei riguardi dello zucchero, la Commissione prende anche in esame i possibili succedanei del saccarosio e si ferma sul maltosio e sullo zucchero d'uva. Il maltosio si prepara facilmente dall'orzo, ha lo stesso valore nutritivo e di risparmio del saccarosio, ma è assai inferiore ad esso come dolcificante. Tuttavia potrà in certi casi essere efficacemente utilizzato per gli infermi e si consiglia il Ministero di esaminare se non sia il caso di prendere la iniziativa per la sua fabbricazione in grandi proporzioni.

Lo zucchero d'uva, sotto la semplice forma di succo d'uva sterilizzato, di succo d'uva condensato, di miele d'uva, di marmellata d'uva, può con grande utilità sostituire il saccarosio, formando un alimento di fondamentale importanza sia per le sue qualità nutritive, sia per il gusto squisito. Questo alimento può fino ad un certo punto sostituire anche il latte.

Il succo d'uva può adoperarsi pure, invece del saccarosio, nella confezione delle varie marmellate, aggiungendolo alla polpa dei vari frutti. Si ottengono così preparati veramente preziosi per l'alimentazione degli infermi.

A proposito del succo d'uva, la Commissione crede opportuno entrare anche in un argomento di indole generale per la alimentazione, osservando che l'Italia, nazione eminentemente produttrice di uva, dovrebbe, per quanto più possibile, conservare l'alto valore energetico delle enormi quantità di glucosio che le sue vigne producono. Quindi per ragioni di economia alimentare nazionale, specialmente in tempo di guerra, si dovrebbe, per quanto più è possibile, sottrarre il succo d'uva alla vinificazione, riserbandolo all'uso come prodotto inalterato.

Passando al secondo argomento, e cioè alla distribuzione dei sopra nominati cibi ai diversi ammalati, secondo i loro veri bisogni, la Commissione ventila anzitutto il progetto di un razionamento con tessera come è stato fatto con tanta abilità per i bambini; ma, tenuto conto delle informazioni già date da S. E. il Ministro nella seduta plenaria e delle osservazioni più minute fornite in proposito dal segretario dott. Giordani, la Commissione si persuade che la soluzione di questo problema è irta di difficoltà e pericolosa di abusi. Tanto che senza lunghi e considerati studi in proposito è ora impossibile stabilire uno speciale metodo di razionamento alimentare per gli ammalati. Se il Ministero degli approvvigionamenti e consumi sentirà la necessità di disciplinare più rigorosamente la distribuzione dei cibi agli infermi, potrà, sulla base dei presenti pareri tecnici, sviluppare con i consueti criteri amministrativi il modo di razionamento in questione.

Dopo ciò la Commissione ha creduto di sottoporre a S. E. il Ministro le considerazioni seguenti:

1° Gli enti locali dei consumi nella distribuzione delle disponibilità dei cibi e specialmente di quelli precedentemente notati e considerati di fondamentale importanza per gli infermi, dovranno innanzi tutto dare la preferenza nei riguardi sia della quantità che della qualità, agli enti ospitalieri. Ciò deve valere sopratutto per l'assegnazione della carne, per la quale non sarebbe bene disporre che agli enti ospitalieri fossero consegnati i capi di bestiame viventi, autorizzandone la macellazione per proprio conto.

2° Per la distribuzione agli ammalati curati nelle proprie famiglie si consiglia:

a) per il pane adottare il provvedimento espresso precedentemente al n. 5;

b) per la pasta autorizzare l'acquisto con i tagliandi comuni, di minori quantità di pastine, farine e semolini, eguali a quelli che il Ministero provvede per i bambini;

c) per lo zucchero si dovrà trovare un modo che serva per la distribuzione di questa sostanza in misura maggiore agli ammalati che non ai sani, od in caso di estrema penuria in modo esclusivo agli ammalati;

d) per la carne si potrà ancora seguire il

metodo dei certificati medici, che permettono l'acquisto della carne in certe macellerie in tutti i giorni della settimana.

A questo proposito la Commissione propone a S. E. il Ministro che voglia diramare ai medici un caldo appello ai loro sentimenti patriottici ed umanitari, mettendo in rilievo l'importanza materiale e morale della loro funzione anche nei riguardi degli approvvigionamenti e la loro responsabilità perchè non sorgano abusi nel rilascio dei certificati. Ad evitare anche più sicuramente questi abusi le autorità municipali e provinciali dovrebbero essere invitate ad esercitare una attivissima vigilanza.

3° La Commissione infine crede opportuno indicare a S. E. il Ministro i gruppi principali di malattie che veramente richieggono una alimentazione speciale. Questo raggruppamento è stato fatto, come segue, con criteri assai generali e comprensivi. Ma si potrebbe anche, qualora il Ministero ne sentisse il bisogno, fare un elenco più determinato e preciso.

Malattie che richiedono una alimentazione speciale:

1° gruppo: malattie acute e febbrili, mediche e chirurgiche;

2° gruppo: malattie croniche debilitanti e consuntive, comprese le malattie del ricambio pure a carattere consuntivo;

3° gruppo: malattie dell'apparato digerente;

4° gruppo: nefriti acute e croniche;

5° gruppo: malattie cardiovascolari gravi.

Debbono avere un trattamento eguale a quello degli infermi delle sopracitate malattie:

a) gli individui in condizioni di senilità accentuata;

b) le gestanti e le puerpere;

c) le donne che allattano (fino al 10° mese).

Relatore GALEOTTI.

Questa relazione, elaborata in due giorni dalla Commissione, composta dei proff. Luigi Pagliani, Vittorio Ascoli, Gino Galeotti, A. Messea, Francesco Valagussa e Giordani, segretario, ed estesa dal prof. Gino Galeotti, venne approvata all'unanimità e presentata al Ministro on. Crespi, il quale espresse il suo vivo compiacimento per l'importanza delle conclusioni e per la rapidità con cui il lavoro venne fornito. Il ministro si riservò di adottare solleciti provvedimenti, nei limiti delle sue attribuzioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7347) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da V. S. F. — Dai quattro Comuni consorziati non può chiedere indennità caro-viveri perchè quella condotta non è priva del titolare, ma è temporaneamente vuota per servizio militare. Potrebbe pretendere tale indennità dal 5° Comune aggregato, il cui titolare effettivamente manca. Non possima precisare l'ammontare di tale indennità perchè non conosciamo lo stipendio che Ella percepisce da quel Comune.

(7349) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. R. M. da R. — L'obbligo da parte dei Comuni di corrispondere ai proprii medici condotti chiamati sotto le armi i due mesi interi di stipendio discende dal capoverso ultimo dell'articolo 1° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, in cui è detto: «Rimane salva l'applicazione del penultimo comma dell'articolo 20 del testo unico 22 novembre 1908, n. 693», che è appunto quello che impone il trattamento invocato a favore degli impiegati civili dello Stato. Qualora il Comune ed il Prefetto non rispondano alle istanze da Lei reiteratamente rivolte, può avanzare reclamo al Ministero dell'interno.

(7350) *Servizio di condotta esercitato da medici militari.* — Dott. P. M. T. da B. — L'art. 3 della circolare del 10 settembre ultimo, n. 20400, dispone che i medici militari comandati in servizio civile hanno obbligo di prestare servizio, oltrechè nella condotta del Comune in cui il titolare venne chiamato sotto le armi, anche come interini nelle condotte dei Comuni viciniori nei quali il titolare disimpegnava pure il servizio. Di tal che Ella è obbligata a prestare il maggiore servizio nel solo caso che il suo predecessore serviva in più Comuni e non solamente in quello ove era titolare.

(7352) *Infortunii sul lavoro - Atti operativi chirurgici.* — Dott. O. A. da C. — La cura degli infortunati segue la regola comune stabilita dalla legge sanitaria. Se l'infortunato è inscritto nello elenco dei poveri, ha diritto a cura ed assistenza sanitaria gratuita, anche se questa coinvolga operazioni chirurgiche. Se non è inscritto in detto elenco il sanitario ha diritto a compenso dalla famiglia. Ciò sempre che non trattisi di condotta stabilita per la generalità degli abitanti, nel qual caso non si deve riscuotere alcuno speciale compenso se l'operazione chirurgica può essere eseguita coi mezzi e nei locali di cui si dispone.

(7353) *Contributo del centesimo di guerra.* — Sig. abbonato n. 3865. — L'articolo 1°, allegato *E*, del D. L. 9 giugno ultimo, n. 875, dispone nel capoverso primo che il contributo per i redditi dipendenti da stipendii, pensioni e assegni pagati da Provincie e da Comuni è di un solo centesimo per lira.

(7355) *Aumento di stipendio - Assegno dell'ufficiale sanitario.* — Dott. G. B. da R. — L'assegno dell'ufficiale sanitario è suscettibile di aumento allorchè sia compreso nello stipendio del medico con-

dotto. In ogni altro caso non può essere considerato perchè non trattasi di stipendio ma bensì di semplice assegno. Sulla indennità cavallo non vi ha diritto ad aumento. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 2294:

Se le condizioni che valsero a far riconfermare l'insostituibilità, ed a far concedere l'esonero perdurano, la proroga viene rinnovata automaticamente alla sua scadenza dal Ministero stesso, senza che occorra fare alcuna pratica a tale scopo.

Alla signora N. D. C., Vicenza:

La restituzione dei medici militari prigionieri viene fatta dall'Austria a scaglioni in scambio di altro personale sanitario.

Si tiene conto in tali scambii dell'anzianità di prigionia nel senso che gli ufficiali prima catturati sono prima restituiti.

Per tutti gli schiarimenti del caso Ella potrà rivolgersi alla Commissione pei Prigionieri di guerra della Croce Rossa (Roma, Piazza Montecitorio).

All'abb. n. 5471:

Se l'esonero le è stato tolto Ella deve attendersi la chiamata.

Questa potrà bensì tardare ancora perchè tali richiami non avvengono che gradualmente, ma nessuna disposizione ministeriale è stata sancita per controordinare le norme del decreto del dicembre 1917.

All'abb. n. 4489:

Mentre la risposta al suo quesito veniva pubblicata, il Ministero sanciva nuove disposizioni secondo le quali anche gli ufficiali medici di complemento, provenienti dai medici borghesi e nominati per titoli, possono venir promossi ai gradi di ufficiale superiore (maggiore e tenente colonnello) in base alle promozioni degli effettivi di pari anzianità.

Al dott. E. G. da S.:

Nessun dubbio che se Ella aveva già acquisito il diritto alla promozione prima dell'esonero, tale promozione non Le spetti. Nella precedente risposta si intendeva che nessun diritto a promozione può *maturare* durante il periodo della indisponibilità.

All'abb. n. 3880:

Perchè venga iniziata la promozione dei capitani medici con anzianità 1° marzo 1915 occorre che si facciano una trentina di promozioni.

Per ora però le condizioni di avanzamento del Corpo sanitario effettivo non le fanno ritenere molto prossime.

All'abb. n. 1112:

Sembra che il Ministero a scanso di equivoci dia solo in casi specialissimi l'esonero a tempo indeterminato, ed in ogni modo sempre a medici che siano già stati in zona di guerra.

Agli altri l'esonero viene concesso per limitati periodi, però, se perdurano le condizioni che hanno fatto concedere la proroga di esonero, questa viene automaticamente rinnovata all'atto del suo scadere. Non vi è quindi bisogno che allo scadere della proroga di esonero della quale attualmente gode Ella faccia fare domande di rinnovazione al Ministero, poichè sarà il Ministero stesso che la rinnoverà se perdurano le condizioni che l'hanno prodotta.

All'abb. n. 8538:

Gli assegni del grado di capitano Le competono dal giorno in cui venne pubblicata, sul bollettino ufficiale delle nomine e promozioni, la sua nomina a capitano. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico polacco laureato in Italia con conoscenze di lingue cerca un interinato in condotta, ospedale, ecc.

Rivolgersi: Giuseppe Silveri - Roma, via G. Battista Morgagni, 20, int. 10.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: Baduel prof. Cesare, Firenze.

Cavalieri: Falcocchio dott. Eduardo, Napoli; Grossi dott. Vincenzo, Roma; De Lollis dott. Ottavio, Chieti; Paolantonio dott. Domenico, Palena.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

DOMINICI LEONARDO, da Trevi (Perugia), maggiore medico complemento addetto ambulanza chirurgica ... armata. — Mentre l'artiglieria nemica colpiva ripetutamente il locale ove aveva sede l'aliquota dell'ambulanza, colpendo due dei degenti e parecchi del personale, dette opera a provvedere al trasporto dei feriti, rimanendo calmo nel punto pericoloso finchè tutti furono posti al sicuro. — Gorizia, 21 agosto 1917.

CRAINZ SILVIO, da Udine, capitano medico addetto ambulanza chirurgica ... armata. — Mentre l'artiglieria nemica colpiva ripetutamente i locali ove aveva sede l'ambulanza e faceva vittime fra i ricoverati, sprezzante del pericolo, con grande coraggio e fermezza, dette opera al trasporto dei feriti. — Gorizia, 21 agosto 1917.

FACCHINI Alberto, da Livorno, aspirante ufficiale medico di complemento reggimento fanteria. — Sotto il fuoco intenso dell'artiglieria e lancio di bombe nemiche, saputo di un bersagliere ferito, con esemplare sentimento del dovere e sprezzo del pericolo, accorreva al posto di medicazione, restando egli stesso colpito piuttosto gravemente dallo scoppio di una bomba avversaria. — Pal Piccolo, 16 agosto 1916.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. GIOVANNI OLLEARO da quarant'anni medico condotto a S. Salvatore Monferrato, perdette due figli: l'uno — CARLO — capitano di fanteria, cadde a Plava, decorato con medaglia di bronzo; l'altro — ULDERICO — pure capitano di fanteria, seguiva l'eroica sorte del fratello, tre mesi dopo, sul S. Michele, meritandosi la medaglia d'oro.

NOTIZIE DIVERSE

Istituto per le cure ai bambini profughi della Provincia di Napoli.

Nel novembre dello scorso anno, per disposizione del prefetto, veniva creato in una villa di Posillipo un Istituto per cure speciali ai bambini profughi, giunti nella provincia di Napoli in numero rilevantissimo, e nel mese stesso veniva messo in piena efficienza sotto la direzione tecnica ed amministrativa del prof. Giuseppe Tropeano, che ne aveva curato l'impianto e la organizzazione e che ne è tuttora Commissario Prefettizio dirigente.

Il detto Istituto si compone di 10 padiglioni: 1° Reparto osservazione (25 letti); 2° Gabinetti scientifici; 3° Reparto oculistico (40 letti); 4° Reparto chirurgico (80 letti); 5° Reparto dermosifilopatico (40 letti); 6° Reparto 1° medicina (malattie gastro-intestinali: 100 letti); 7° Reparto 2° medicina (malattie bronco-polmonari: 80 letti); 8° Reparto isolamento (20 letti); 9° Stazione Elioterapica capace di 100 letti impiantata con materiali e mezzi donati dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica; 10° Stazione balneare marina, stufe di arena e spiaggia nel vicino Ospizio Padre Ludovico da Casoria, cortesemente concesso, ed in corso di preparazione per 200 letti. L'Istituto ha tutti i servizi annessi (farmacia, latteria, lavanderia, guardaroba e confezione biancheria, panificazione, ecc.) nell'interno dei suoi locali. Dispone di personale medico, di assistenza ed amministrativo al completo e con servizio ininterrotto. Ricovera attualmente duecentocinquanta bambini bisognosi di cure speciali ed altri può ospitarne in relazione alla capienza suindicata.

Il prefetto di Napoli porta ciò a conoscenza dei sindaci e presidenti dei Comitati di patronato dei profughi della provincia affinchè indaghino se fra i profughi vi sia chi possa averne bisogno, e sollecita gli ufficiali sanitari ed i medici condotti a collaborare in quest'opera d'indagine; essi potranno mettersi direttamente in relazione con la Direzione dell'Istituto.

Per la Croce Rossa Italiana.

Il Governo della Repubblica di Cuba, che già tante dimostrazioni di simpatia e di fratellanza ha date dal principio della guerra all'Italia, ha rimesso alla Croce Rossa Italiana la somma di lire 360,351.35, per essere distribuite tra le famiglie dei militari morti ed invalidi di guerra.

La Presidenza della Croce Rossa Italiana ha indirizzato calde lettere di ringraziamento al Ministro plenipotenziario di Cuba in Roma, il dott. Antonio Martin Rivero, ed al senatore Cosmete de la Turriente, presidente della Commissione National Cubana in Avana.

Comitato per l'industria del freddo.

Allo scopo di avvisare ai modi meglio idonei per tradurre in pratica le proposte formulate dalla Commissione per l'industria del freddo, le quali maggiormente rivestono carattere di urgenza, l'on. Miliani, ministro di agricoltura, ha nominato in seno alla Commissione stessa, un Comitato di cinque membri. Ha chiamato a farne parte l'on. Giuseppe Sanarelli; il prof. comm. Angelo Menozzi; il prof. ing. Francesco Mauro; il comm. ing. Luigi Belico; il cav. uff. dott. Giulio Falaschi, con le funzioni di segretario.

Il Comitato ha presentato al ministro di agricoltura una relazione sommaria circa le provvidenze più urgenti da attuarsi e ha deliberato di compilare e diffondere opportune istruzioni le quali dovranno servire di guida allo studio, alla esecuzione ed all'esercizio degli impianti frigoriferi.

Tessere per le Terme di Chianciano.

La Società delle Terme di Chianciano fa sapere ai Signori Medici che, nel momento attuale, sarebbe difficile far pervenire ai Signori Medici la Tessera personale di libero ingresso nei propri stabilimenti di cura.

Sono pregati quindi i Signori Medici che desiderano recarsi a Chianciano a farne domanda con semplice biglietto da visita, da inviarsi alla Società Terme di Chianciano a Roma, Via Lanza, 135.

Al momento di andare in macchina apprendiamo la morte del sen. conte GIAN GIACOMO DELLA SOMAGLIA, Presidente della Croce Rossa Italiana.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione degli ammalati: per l'— . *Pag.* 697
Anafilassi morale . . . . » 696
Atti parlamentari . . . . » 696
Canizie precoce e psicopatie di guerra . » 680
Chirurgia di guerra: note riassuntive . » 677
Complicanze polmonari post-operatorie . » 691
Corpo sanitario militare: per l'equiparazione alle armi combattenti 695, 696
Edema polmonare nella polmonite e suo trattamento . . . . » 691
Infiammazioni catarrali croniche dell'intestino . . . . *Pag.* 685
Malaria e chinino dello Stato . . . . » 697
Medici condotti: per l'indennità caro-viveri ai — . . . . » 695
Omento (grande): ricerche chirurgiche . » 688
Sciatica: nuovi espedienti clinici per l'accertamento diagnostico . . . . . . » 693
Vomito post-cloroformico: trattamento . » 692

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXV. Roma, 28 luglio 1918 Fasc. 30.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Resoconti clinici: M. Fasano: Note riassuntive di chirurgia di guerra. — **Osservazioni cliniche**: F. Costa: Innesti epidermici in vaste perdite di sostanza. — **Note e contributi**: E. Cavazzeni: Per il trattamento delle fratture dell'arto inferiore. — **Sunti e Rassegne**: Semeiotica: G. Sabatini: I metodi di ricerca dell'insufficienza epatica. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: R. Accademia Medica di Genova.
Appunti di medicina pratica: Questioni del giorno: Sulla natura dell'attuale epidemia. — L'attuale epidemia di febbri in Taranto. Ricerche eziologiche. — Terapia: La tecnica dell'elioterapia. — **Posta degli abbonati**. — **Varia**: Lapis e sigarette esplosive. — **Cenni bibliografici**.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Albo d'oro**. — **Medicina sociale**: Previdenze di Stato per l'alimentazione infantile. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

RESOCONTI CLINICI.

Ospedale territoriale Croce Rossa di Asti.

Note riassuntive di chirurgia di guerra

per il prof. dott. Mario Fasano, direttore.

(*Continuazione e fine; vedi fascicolo precedente*).

Chirurgia degli arti.

La chirurgia degli arti fu quella che offrì il campo maggiore alla nostra attività. Possiamo dividere questo capitolo in alcune sottospecie: chirurgia delle ossa, delle articolazioni, dei nervi, dei vasi.

Chirurgia delle ossa. — Frequentissimi furono i nostri interventi sulle ossa, di essi voglio però solamente render conto di alcuni, che non accade frequentemente di veder applicati e che appunto perciò non hanno ancora incontrato completamente la fiducia dei chirurghi.

Una lesione ossea che cadde comunemente sotto la nostra osservazione è rappresentata dalle fratture.

Lascio da parte tutte le fratture in genere per venire ad accennare brevemente alla frattura del femore.

Non è raro di riscontrare in queste fratture in via di consolidazione oppure già consolidate notevoli accorciamenti, in alcuni casi per-

sino di 10-12 centimetri. E senza che vi sia difetto di sostanza ossea, ma in fratture semplici, per accavallamento dei frammenti. Sono giovani aitanti e robusti, che per una causa, per un'infermità relativamente lieve sono condannati ad una debilitazione funzionale abbastanza grave.

Tutti i metodi vennero da me adottati, previa refrattura del callo: Trazione continua alla Bardenhener con pesi sino a 25 chilogrammi, trazione forzata ed ingessatura sull'apparecchio di Scheede, ingessatura combinata alla trazione.

Nessuno di questi procedimenti ebbe a darmi il risultato della trazione diretta sullo scheletro, preconizzata dal compianto prof. Godivilla. È un metodo semplice mediante il quale con una trazione minima, in confronto di quella richiesta dagli altri metodi, si ottiene, previa refrattura del callo, di raggiungere l'allungamento dell'arto al grado fisiologico. Quando havvi tendenza allo spostamento laterale dei monconi associo alla trazione sullo scheletro l'apparecchio gessato, dopo aver ridotta la frattura con la distensione forzata dell'arto sull'apparecchio di Scheede.

Un'evenienza punto rara in chirurgia di guerra è rappresentata pure dalle pseudo-artrosi. Quando non esiste esteso difetto osseo si viene facilmente a capo di questo grave postuma delle fratture mediante l'osteo-sintesi, e frequenti furono quelle da me praticate sempre seguite da esito perfetto, così non è invece quando la pseudoartrosi è conseguente ad un esteso disossamento dell'arto. In questi casi o addivenire ad un notevole accorciamento dell'arto o tentare di ottenere la consolidazione con tutti i mezzi che le recenti scoperte della chirurgia ortopedica hanno messo a nostra disposizione. L'innesto osseo trova qui la sua perfetta indicazione.

Io non voglio addentrarmi nella dibattuta e discussa questione delle varie specie e delle varie modalità di innesto, voglio solamente accennare a due casi nei quali l'auto-trapianto libero ebbe la sua applicazione.

Il primo caso riguarda un disossato delle due ossa della gamba sinistra per l'estensione di 5 cm. circa, in corrispondenza del terzo medio della diafisi delle due ossa, nel quale ho eseguito un innesto per intarsio.

Mediante sega rotativa ho esciso sulla tibia sinistra una lamina ossea ad angolo diedro con l'apice rivolto verso la cavità midollare, comprendente il tessuto di pseudoartrosi. Con lo stesso procedimento ho prelevato sulla tibia sana una lamina identica, la quale venne adattata nella cavità precedentemente preparata nella tibia sinistra. Questa lamina, unitamente ad una piccola stecca ossea, ottenuta dall'osso esciso insieme con il tessuto di pseudoartrosi ed applicata lateralmente all'intarsio allo scopo di rafforzarlo, venne solidamente fissata per mezzo di un doppio cerchiaggio metallico ai due estremi, superiore ed inferiore. L'esito può già stabilirsi favorevole, perchè l'ammalato operato da nove mesi può camminare senza bendaggio, appoggiandosi sull'arto sottoposto ad innesto, il quale si mostra completamente consolidato. L'esame radiografico dimostra parimenti una perfetta consolidazione del trapianto nell'ospite.

Nel secondo caso trattavasi di disossamento della diafisi dell'omero destro per il tratto di cinque centimetri a livello della metà della diafisi, con paralisi completa del nervo radiale.

In primo tempo eseguì la plastica del radiale, i cui capi sezionati si erano perduti in mezzo al tessuto di pseudoartrosi e la osteosintesi dei monconi previamente cruentati e modellati.

In secondo tempo, dopo quattro mesi, non essendosi dimostrato alcun accenno alla consolidazione dell'arto praticai un innesto osseo per apposizione laterale, prelevando una robusta stecca ossea dalla tibia destra. Cruentati e preparati i monconi ossei per ricevere l'innesto mi trovai alquanto in imbarazzo, poichè il nervo radiale incrociava il capo inferiore dell'omero e veniva ad impedirmi la fissazione su di esso dell'innesto.

Sono riuscito a girare l'ostacolo facendo accavalcare il nervo al moncone osseo, per modo da rendere il radiale a decorso posteriore anzichè anteriore all'omero. Il risultato operatorio fu perfetto, data però da troppo breve tempo l'operazione per poter stabilire sul risultato funzionale a distanza. L'esame radiografico eseguito dopo due mesi dimostra un buon adattamento del trapianto sull'ospite. Riguardo al nervo si può già stabilire un ricupero di funzione, rappresentato dalla possibilità di estendere, sebbene limitatamente, le dita e l'articolazione del pugnetto.

Nell'attuazione degli innesti liberi mi sono sempre attenuto al metodo dell'Axhausen, dell'apposizione laterale, anzichè a quello del Lexer, dell'infibulazione, per le considerazioni già fatte da vari autori e particolarmente dal Putti nella sua pregevole monografia sugli innesti ossei liberi. Nell'innesto per infissione alla Lexer si ha sempre un punto debole nel tratto di infissione dell'innesto nella diafisi dell'ospite. In questo tratto non fu raro il caso di frattura dell'innesto per osteite rarefacente, dovuta allo

scarso scambio nutritizio fra innesto ed ospite. Il Putti cita uno di questi casi nel quale riottenne la consolidazione applicando in secondo tempo un altro innesto per apposizione laterale. Lo scambio nutritizio fra i vari componenti dell'innesto ha un grande valore nell'attecchimento di esso, ora è ovvio come esso possa con maggiore facilità aversi nell'innesto per apposizione laterale, specialmente se si ha cura e possibilità di servirsi di ampie stecche ossee, le quali eventualmente possono sdoppiarsi longitudinalmente per aversi maggior superficie di contatto, inoltre se si ha cura, come io ho fatto nei casi occorsimi, di conservare diligentemente il periostio da ribattere poscia sull'innesto e di cruentare i monconi ossei ampiamente, quasi a formare una doccia nel punto in cui dovranno ricevere l'innesto.

Un altro coefficiente di grande valore in materia di innesti è rappresentato dalla trazione e contrazione muscolare (Codivilla); per questa considerazione io ho sempre fissato i miei innesti in trazione fisiologica dei monconi e li ho fissati solidamente con doppio cerchiaggio metallico per estremo, tanto che ultimata l'operazione, l'arto si dimostrava perfettamente rigido.

Questi casi unitamente con altri che ho al presente sotto la mia osservazione saranno argomento di una mia futura pubblicazione, quando potrò pienamente confermare gli esiti accennati, documentandoli con adatte radiografie e fotografie.

Non è quindi il caso che io mi dilunghi su questo argomento fuorviando dallo scopo di questa mia breve nota.

Chirurgia delle articolazioni. — Molto si è scritto e molto si è discusso sulla chirurgia delle articolazioni. Io non voglio addentrarmi nella critica di questo argomento, il quale, oramai si può dire, è stato trattato in tutti i suoi particolari ed ha dato notevole contributo pratico. Mi limiterò solamente a riferire sulla chirurgia delle grandi articolazioni, gomito e ginocchio, e ad esporre brevemente i concetti, che mi hanno guidato nell'applicazione pratica dei procedimenti adottati.

Le lesioni dell'articolazione del gomito furono quelle che maggiormente ci lasciarono in sospeso durante i primi tempi della guerra. Mentre molti autori erano favorevoli alla cura conservativa ad oltranza, non erano rari quelli che consigliavano l'intervento in primo tempo nel periodo precoce con la resezione articolare atipica alla Ollier.

Debbo confessare che in principio la questione mi lasciò alquanto indifferente stimando mio precipuo dovere la conservazione ad oltranza. Fu solamente in un periodo ulteriore, allorquando constatai la deficenza dei miei successi conservativi, dimostrata dalle rigidità e dalle anchilosi irremovibili con qualunque cura postoperatoria, elettrica, meccanoterapica, che mi decisi ad intervenire. Contribuirono pure non indifferentemente a decidermi per l'intervento precoce i risultati ottenuti da egregi chirurghi risultati dimostrati esaurientemente in parecchie pubblicazioni e recensioni chirurgiche.

S'intende che l'indicazione a questo intervento non deve generalizzarsi ed è ovvio come trattandosi di piccole lesioni, p. e. da proiettile di fucile o da pallette di shrapnell senza reazione articolare, l'astensione in primo tempo debba costituire la regola, poichè in questi casi è possibile una *restitutio ad integrum* completa dell'articolazione sia dal lato anatomico, sia da quello funzionale.

Ma quando trattasi di gravi lesioni, specialmente prodotte da scheggie di granate con frattura dei capi articolari ed infezione concomitante, l'intervento trova la sua esatta ed esclusiva indicazione.

È sorprendente il decorso postoperativo in questi interventi. La temperatura va subito gradatamente e rapidamente diminuendo, scompaiono i dolori e l'ammalato riprende rapidamente nello stato generale. Ma quello che più riesce interessante è il graduale ripristino funzionale sino ad ottenere movimenti attivi di estensione e flessione normali, di contro alla anchilosi completa, dopo un lungo decorso martoriato da complicazioni settiche, quale si ottiene di regola con la cura conservativa ad oltranza.

È ovvio come ad ottenere buoni esiti funzionali la cura postoperatoria abbia in questi interventi una grandissima importanza. Nessun bendaggio immobilizzante in questi casi, semplice fasciatura asettica e dopo 5-8 giorni iniziare i movimenti passivi, che possono essere eseguiti dallo stesso paziente, dato il nessuno indolenzimento che viene provocato dalla loro esecuzione.

Un argomento dal pari di grandissima importanza è quello che riguarda il trattamento delle lesioni del ginocchio. La questione che si riferisce alla terapia di queste lesioni fu pure molto discussa e su di esso si può dire non trovai ancora completo accordo.

Innanzi tutto è necessario distinguere fra lesioni asettiche e lesioni settiche.

Quando si ha una semplice lesione asettica è indiscutibile come la terapia debba essere esclusivamente aspettante ed ordinariamente

si riduca alla semplice immobilizzazione mediante adatto apparecchio. Ma quando, ed è il caso più frequente, la lesione è complicata dalla presenza del proiettile nel cavo articolare, l'intervento per consenso unanime si impone allo scopo di estrarre il proiettile od evitare ulteriori complicazioni, infiammazione, sepsi dell'articolazione, rigidità, anchilosi.

Molte furono le vie indicate per praticare l'artrotomia del ginocchio in questi casi. Prescindendo dalle artrotomie lineari laterali, le quali danno una luce insufficiente, venne più frequentemente adottato il taglio arcuato a convessività inferiore alla Makenzie come quello che meglio degli altri dà luce completa sulla cavità articolare permettendone una rapida e facile esplorazione.

Ora pur non volendo negare i vantaggi di questo metodo di artrotomia, non bisogna però disconoscerne i difetti, primo fra i quali quello di indebolire l'apparato legamentoso e di estensione del ginocchio, poichè con questo metodo viene sezionato transversalmente il tendine rotuleo.

Ad evitare tale inconveniente e ad ottenere nello stesso tempo una esposizione completa della cavità articolare ho consigliato in una mia memoria di già pubblicata sul *Policlinico*, Sezione Pratica, dello scorso anno, l'emisezione della rotula con taglio longitudinale mediano, estendendosi a seconda della necessità in alto od in basso rispettivamente sul tendine del quadricipite e sul tendine rotuleo. Con questa incisione l'articolazione viene a mettersi sotto gli occhi del chirurgo e ne è quindi resa facilissima l'esplorazione.

Numerose osservazioni, alcune già pubblicate, nelle quali venne da me applicato questo metodo per l'estrazione di proiettili e nelle quali all'intervento seguì esito funzionale normale stanno a dimostrarne la semplicità e la grande utilità pratica.

Più discusso ancora fu il trattamento delle ferite settiche ossia delle piartrosi del ginocchio con ritenzione o meno di proiettili. Così mentre alcuni autori volevano che in questi casi ad una artrotomia eseguita in primo tempo dovesse seguire, in caso di insuccesso, l'amputazione dell'arto, unico mezzo per salvare la vita al paziente, altri invece consigliavano la resezione prima di addivenire all'amputazione, altri ancora la resezione in primo tempo, senza alcun tentativo d'artrotomia. Queste considerazioni poi variano a seconda che vi era lesione o no dei capi articolari, specialmente del femore, poichè in tal caso è ovvio come l'infezione possa estendersi rapidamente al canale midollare osseo e quindi l'amputazione debba trovare la sua unica indicazione.

Concludendo mentre vi erano alcuni favorevoli alla resezione in casi determinati, altri la escludevano *a priori*, data la certezza dell'infezione attraverso le superfici articolari resecate in un campo settico.

Ora a questo riguardo bisogna fare alcune riserve. Se teoricamente può apparire esatta l'ipotesi accennata, praticamente non lo è affatto.

Ne fanno fede per quanto riguarda la mia casistica alcuni casi nei quali, dopo eseguita l'artrotomia, continuando lo stato generale grave con febbre elevata, nonostante l'irrigazione continua col liquido del Dakin, dopo alcuni giorni di prudente aspettativa armata mi sono deciso per la resezione. Trattavasi in questi casi di frattura dei capi articolari ed in essi la resezione si limitò o si estese sino al limite estremo della frattura sul rispettivo osso. In un caso ho dovuto resecare completamente i condili del femore fratturati e spogli della cartilagine di rivestimento arrivando sino al canale midollare. Ebbene anche in questo caso il successo fu ottimo. In pochissimi giorni scomparve la febbre, la suppurazione locale e l'ammalato guarì. L'importante in questi casi è il seguire alcune semplici regole, che deviano alquanto dalle regole delle ordinarie resezioni.

Innanzi tutto ad evitare il pericolo d'infezione delle superfici resecate è necessario causticarle profondamente col caustico attuale, come ha consigliato il Durante, allo scopo di creare un'escara di delimitazione fra i capi resecati ed il campo settico in cui si trovano. Caduta l'escara un tessuto di granulazione di neoformazione costituirà una valida barriera al propagarsi dell'infezione.

In secondo luogo è necessario procurare un buon drenaggio della cavità residua alla resezione. Quindi invece di avvicinare i monconi resecati, mantenerli distratti mediante opportuno bendaggio a ponte allo scopo di poter anche rimuovere di frequente le medicature e ravvicinarli solamente in secondo tempo a processo settico completamente esaurito.

Chirurgia dei nervi. — Data la grande frequenza di lesioni nervose è necessario che il chirurgo collabori col neuropatologo. Solamente da un attento e minuto esame clinico, solamente da una diligente e prolungata osservazione può scaturire l'indicazione operatoria. Io non voglio addentrarmi nella complessa questione della neurologia applicata alla chirurgia di grerra, sulla quale molte furono le discussioni feconde di risultati pratiri oramai

indiscutibili. Mi permetto solamente di accennare ad alcune speciali lesioni dei nervi, intimamente collegate alle ferite di guerra, che difficilmente trovano riscontro nella chirurgia ordinaria di pace. E lasciando da parte le ferite con soluzione di continuo del tronco nervoso nelle quali la neuroraffia si impone e per le quali l'indicazione è indiscutibile, come ho potuto d'altra parte convincermi in non rari casi caduti sotto la mia osservazione, verrò a considerare brevemente queste particolari lesioni.

L'argomento venne già da me trattato in un lavoro in corso di stampa nel *Policlinico*, nel quale ebbi pure occasione di illustrare brevemente i casi osservati. Si tratta per lo più di piccole ferite prodotte nel tronco nervoso per strisciamento del proiettile contro di esso, oppure per compressione del nervo da parte di qualche scheggia ossea o del tessuto cicatriziale circostante. La reazione irritativa determinata da queste molteplici cause sul nervo può essere varia. Alcune volte si può avere una semplice infiltrazione, un indurimento del tratto di nervo interessato, altre volte invece si possono avere neoformazioni connettivali sotto forma di noduli marginali superficiali, altre volte il nervo è rigonfiato, fusiforme sino a dare origine ad una produzione rotondeggiante sul decorso del nervo.

Se varia è la presentazione anatomo-patologica non molto varia è invece la sintomatologia clinica. Essa può variare nella sindrome motoria, ma non molto nella sensoria. Dalle semplici parestesie alle più intense crisi dolorifiche si hanno tutte le graduazioni. Ricordo a questo riguardo una mia osservazione riferentesi ad un soldato, ferito da proiettile di fucile al braccio sinistro con sintomi di parestesie dolorose continue, limitate non solo al braccio colpito, ma estendentisi a tutte le estremità, a tutto il corpo.

Un semplice rumore, un piccolo toccamento, come quello provocato dal tastargli il polso, era sufficiente a provocare una crisi dolorifica intensa, a carattere epilettoide, diffusa a tutto il corpo, con contorsioni ed irrigidimento delle estremità.

Tale sindrome cessò completamente allorchè all'intervento sulla regione ferita, constatato un nevroma fusiforme, interessante in tutto lo spessore il tronco del nervo mediano, questo venne asciso in totalità, ripristinando con sutura la continuità del nervo.

Non furono rari casi consimili riferentisi ad altri nervi nei quali bastò la semplice estrazione di qualche scheggia ossea, la semplice liberazione del tronco nervoso dai tessuti cicatriziali, che gli si coartavano intorno per far scomparire completamente i sintomi dolorifici e ridare in breve la funzionalità al nervo.

In base alla mia esperienza posso quindi considerare la neurolisi come un'operazione indispensabile, certamente efficace ed assolutamente innocua.

Fuorvierebbe dallo scopo di queste mie brevi note diffondermi sui particolari di questo intervento, ma non posso omettere una condizione indispensabile ad ottenere un esito sicuro ed è di preparare nei tessuti muscolari ed aponeurotici circostanti un buon letto sul quale adagiare il nervo liberato, per modo da poterlo isolare dai tessuti cicatriziali viciniori ed impedire il ripristinarsi della coartazione cicatriziale attorno al tronco nervoso.

Chirurgia dei vasi. — Numerosi furono i casi di chirurgia vasale venuti sotto la mia osservazione. Di essi mi limiterò a dire di quelli riguardanti un'evenienza punto rara, rappresentata dai così detti *falsi aneurismi.* Furono falsi aneurismi dell'omerale, della tibiale posteriore, della femorale profonda e più frequentemente della femorale superficiale. In tutti praticai l'allacciatura possibilmente in vicinanza della lesione vasale, in uno ebbi occasione di eseguire la sutura terminale della femorale.

Trattavasi di un falso aneurisma della femorale superficiale. All'intervento si osservò il vaso completamente sezionato, i due monconi distavano un centimetro l'uno dall'altro ed erano riuniti da una fimbria di tessuto cicatriziale. Isolati i tronchi arteriosi per qualche centimetro in modo da poterli avvicinare e cruentati i bordi di sezione, ho potuto ristabilire la continuità del vaso mediante sutura con punti d'appoggio alla Carrel. Invece della sutura continua ho dovuto eseguire la sutura intercisa con punti ad U perforanti, perchè questi meglio si prestavano ad estroflettere i bordi, i quali per l'infiltrazione siero-ematica tendevano ad introflettersi. Rimossa l'emostasi si ristabilì subito la circolazione come venne dimostrato dall'apparire delle pulsazioni arteriose al disotto della linea di sutura ed in corrispondenza della pedidia, pulsazioni che si mantennero anzi si rafforzarono nei giorni seguenti.

Data la mancanza di un sintomo prognostico sicuro sul ristabilirsi o meno del circolo collaterale allorquando viene interrotta la corrente sanguigna in un tronco arterioso di grosso calibro, la sutura arteriosa deve essere considerata come intervento di elezione. Pur troppo raramente si potranno trovare le condizioni

permittenti ed il più delle volte ci sarà giuocoforza ricorrere alla semplice legatura, ma quando è possibile la sutura arteriosa dovrà sempre avere la preferenza. Nè si creda che il segno dato da Henle e Coenen per patognomonico nella formazione del cosidetto circolo collaterale trovi costantemente pratica conferma. Per mia esperienza potrei citare casi nei quali si dimostrò evidente il sintomo dell'Henle e del Coenen ossia il reflusso del sangue dall'estremità periferica dell'arteria, ma ciò nonostante si ebbe come conseguenza della legatura del grosso tronco arterioso la cangrena dell'arto.

Pur troppo noi riguardo al circolo collaterale ben poco sappiamo e mentre vediamo casi in cui la semplice legatura di un grosso tronco arterioso ha dato luogo a gangrena, altri ne vediamo in cui allacciature frazionate e consecutive permettono tuttavia la conservazione dell'estremità. Ne fa fede il caso chè sto per riassumere.

Si tratta di un soldato operato, per falso-aneurisma della femorale profonda al terzo medio della coscia, con l'allacciatura della femorale profonda, prima in sito al disopra ed al disotto dell'ematoma, poscia nel punto di uscita della femorale comune nel triangolo di Scarpa. Ripetutasi anche qui l'emorragia pratico la legatura del tronco comune all'orifizio crurale. Si ripete dopo sette giorni l'emorragia ed allora eseguo la legatura dell'iliaca esterna, praticando due allacciature alla distanza di un centimetro l'una dall'altra, quella periferica emostatica, l'altra a monte leggermente compressiva. Si ripete nuovamente dopo sei giorni l'emorragia per cui con lo stesso procedimento di legatura doppia pratico l'allacciatura dell'iliaca esterna più in alto, subito al disotto del punto di biforcazione dell'ipogastrica.

L'emorragia era determinata dalla sezione della parete vasale da parte del bacino costrittore e dalla mancanza di formazione del tronbo. Allo scopo appunto di rimediare al dissanguamento conseguente alle numerose emorragie e di portare sul torrente circolatorio gli elementi necessari alla formazione del trombo decido di praticare una trasfusione di sangue, che viene eseguita dopo due giorni.

Si presta all'uopo generosamente il fratello dell'ammalato, giovane e robusto contadino di 17 anni. L'anastomosi fra la radiale sinistra del donatore e la mediana basilica dello stesso lato del ricevente viene eseguita mediante sutura alla Carrel. Dopo venti minuti circa constatato un notevole benessere da parte del paziente, manifestatosi oltre che soggettivamente anche obbiettivamente per il riapparire del colorito roseo sulle mucose visibili, interrompo la trasfusione sezionando ed allacciando la vena a valle dell'anastomosi. Si vede il sangue fuoruscire a getto ritmico con le pulsazioni cardiache attraverso il monconcino venoso, segno certo dell'avvenuta trasfusione. Si allaccia e si seziona la radiale a monte dell'anastomosi e si suturano le ferite operatorie.

Andamento postoperatorio ottimo per l'ammalato, miglioramento progressivo rapido nello stato generale sino ad ottenere in breve tempo una completa guarigione. Il donatore, eccettuato un leggero stato di indebolimento durato qualche giorno, null'altro ebbe a risentire della sottrazione di sangue.

Ho voluto accennare a questo intervento poichè sebbene possa parere non assolutamente legato alla terapia di queste lesioni, tuttavia come si può rilevare dalla mia osservazione può costituire una parte integrante nel trattamento di una delle complicazioni più temibili e più frequenti nella cura dei falsi aneurismi, l'emorragia.

Molte considerazioni potrei ancora fare sulla mia pratica di chirurgia di guerra, mi limito però a queste rapidamente riassunte, le quali a me sembrano toccare i problemi più interessanti sotto il punto di vista pratico, perchè ci fuorvierebbe dallo scopo prefissomi. E termino accennando a quanto ho già detto all'inizio di questa mia nota riassuntiva, che cioè non è mia intenzione di dare un contributo dimostrativo del lavoro da me compiuto, ma solamente di fissare certi concetti, di mettere in rilievo le idee che mi hanno guidato nella pratica esplicazione della mia opera. Questo nella speranza di concorrere alla pratica attuazione di certe norme, che non sono ancora state diffusamente considerate, che non hanno ancora avuto, come si suol dire, la sanzione clinica. La quale per l'impossibilità, almeno al presente, di potersi con facilità e con rapidità comunicare reciprocamente i risultati della nostra, sia pur modesta, pratica esperienza, si avrà altrimenti troppo tardivamente, quando la nostra operosità non sarà più, e speriamolo presto, che un orgoglioso sebben triste ricordo del passato.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Innesti epidermici in vaste perdite di sostanza.

Dott. FELICE COSTA.

Le cause che contribuiscono a far sì che una grande quantità di innesti epidermici non attecchiscano e cadano in mortificazione, sono: la trascuranza non infrequente da parte dell'operatore di rendere asettico il terreno d'impianto; l'uso di innesti poco vitali, per la loro sottigliezza; l'uso di materiali inadatti a fissare gli innesti; le difficoltà di allontanare dalla piaga, che si vuol riparare, le secrezioni del fondo piagato, che infrapponendosi fra la superficie cruenta e l'innesto sono causa della facile morte dello stesso; in ultimo, il frequente distacco degli innesti già aderenti e vitali, rimasti impigliati nei materiali della medicazione a loro immediato contatto.

Da più di venti anni, per l'impianto degli innesti ipodermici seguo una tecnica, mercè la quale ho potuto allontanare gli inconvenienti che accompagnano gli altri metodi.

Descriverò il metodo da me seguito, riferendomi ad una storia clinica.

La signora D... M... si trova in convalescenza di un tifo grave ed è affetta da una vasta piaga cancrenosa da freddo (vescica di ghiaccio tenuta in permanenza senza il controllo del curante), la quale intacca la cute, il tessuto cellulare sottocutaneo, le aponevrosi e parte delle fibre muscolari delle pareti addominali. A questo aveva certamente contribuito la malattia infettiva complicatasi con celluliti suppurative.

La piaga, sopra un ventre molto sviluppato di donna forte e pluripara, occupava le zone mediana ed inferiore, comprendendo parte di ciascuna delle sezioni sotto l'ombelico, per una superficie di forma elittica di circa 25 centimetri di larghezza per venti di altezza. Ridotto il fondo della piaga ricoperto ancora da cenci cancrenosi ad una superficie granulante, intrapresi la cura. Fino allora, a dire del dottor Macaggi che suppliva il medico curante dott. Ruffi, la piaga aveva mostrato ai suoi margini una sottile listerella di epidermide che tentava, ma non riusciva mai ad avanzarsi sul fondo della stessa. Cosicchè la guarigione spontanea non si sarebbe ottenuta, se pure, che in un lunghissimo periodo di tempo e con una cicatrice retratta e poco sicura. Era impossibile lo scivolamento di lembi cutanei e incerta la riuscita di vasto trapianto.

Non credetti opportuno di trarre gl'innesti dalla paziente stessa, per quanto robusta, date le sue condizioni di salute. Lì, prelevai invece dalle braccia del marito, del fratello e della cameriera, che spontaneamente si erano offerti, dopo essermi garentito che non avessero malattie trasmissibili. Digrassata e disinfettata con olio di trementina ed alcool la pelle della regione dorsale del braccio, senza valermi della pinza apposita descritta nei trattati, sollevo con una piccola pinza ad uncini la pelle e con un colpo deciso, portato con un paio di forbici ricurve e ben taglienti, ne asporto un pezzettino che riesce di forma elittica, di superficie inferiore ad un centimetro quadrato. La parte concava della forbice è volta verso la presa della pinza. Nel taglio viene compresa una ricca parte del derma, ma si procura di non intaccare il cellulare sottocutaneo, in modo che le piccole ferite possano in breve cicatrizzarsi. La rapidità stessa del taglio elimina qualunque sensazione dolorosa, cosicchè dopo i primi esperimenti chiunque si adatta facilmente alla piccola operazione.

Nella prima seduta gli innesti furono in numero di 24, che io collocai tutto all'intorno, in vicinanza dei margini della piaga, per rinforzare la listerella di epidermide esistente e agevolare l'adesione degli stessi. Se il fondo della piaga in qualche punto è ancora torpido, procuro di rendere più facile l'adesione dell'innesto, raschiando leggermente le granulazioni torpide, colle quali viene a contatto. Faccio cioè una specie di solco, ravvivato nel punto in cui voglio che l'innesto aderisca. Se il raschiamento mi dà un gemizio di sangue, tale che possa disturbare l'adesione dell'innesto, lo faccio cessare assorbendolo con garza sterilizzata. In tutte le modalità della tecnica uso la stessa scrupolosità che adotterei per una laparotomia, convinto che dall'assoluta asepsi dipenda la sicurezza del risultato.

Per fissare gl'innesti (ciò che rappresenta la modificazione più importante del metodo) uso delle listerelle di cerotto diachilon, della larghezza di tre centimetri circa, nelle quali io pratico a brevi intervalli dei piccoli fori. Queste listerelle sono rese esse stesse asettiche, riscaldandole alla lampada ad alcool o lavandole con una soluzione di sublimato. Si coprono colle stesse la piaga e gli innesti, imbricandole una sopra l'altra, come si usa nelle medicazioni alla Bainton. Applicata un'abbondante quantità di garza asettica sfilacciata, si fissa la medicazione con bende amidate.

Si può supporre che (come avviene nella medicatura alla Bainton), aderendo anche ai lembi innestati, le strisce di cerotto possano asportarli quando si esegue la prima medicazione.

Viceversa, però, avviene con la maggiore frequenza che la secrezione, raccoltasi nella piaga innestata, s'infiltra sotto il cerotto ed impedisce che questo aderisca.

Teoricamente si va pure incontro ad un altro pericolo: la secrezione, non potendo venire tutta fuori, scorre in parte lungo i margini della ferita e vi determina eczemi, resi tanto più agevoli in quanto che il cerotto, stirando la pelle e ostacolandone l'evaporazione, ne menoma la vitalità; ma questo inconveniente è ridotto al minimo dai fori praticati lungo le strisce di cerotto: difatti essi consentono un efficace drenaggio. Se pure degli eczemi si producono, sono di lieve entità e cedono facilmente alla medicatura usuale.

Altri mezzi per fissare gl'innesti consisterebbero nell'applicazione di strisce di cellophan o di baudruche, le quali possono essere sforacchiate, in modo da dar esito alla secrezione (il sistema è molto adoperato negli ospedali di Roma).

Dopo quattro giorni tolgo la prima medicazione fatta alla malata. La garza è imbevuta di grande quantità di secrezione, passata attraverso i fori praticati nel diachilon, e la piaga si presenta detersa e vivamente granulante. Non un innesto è andato perduto. Tutti si mostrano aderenti, con zaffi di nuova epidermide che si proiettano a congiungersi e a rinforzarsi con quelli che partono dall'innesto vicino.

Un mese solo fu sufficiente perchè la piaga di cui sopra fosse tutta coperta da isole di cute, che andavano a poco a poco avvicinandosi fra loro, mediante i nuovi germogli di epidermide che vegetavano e si rinforzavano a vicenda. Due mesi dopo o poco più, tutta la piaga era coperta, ed ogni porzioncella di cute innestata aveva conservato talmente la sua individualità, che la parete addominale rifatta presentava l'aspetto che presenta la pelle del coccodrillo. Risultato estetico non molto felice, ma anatomico e funzionale perfetto.

Vidi alla distanza di due anni la signora e constatai che la cicatrice si conservava sanissima, liscia e con pochissima retrazione. Ed anche oggi si conserva perfetta, per quanto siano intervenuti gravidanze e parti felicissimi.

Ho praticato nello stesso modo una ottantina di innesti, specialmente in larghe piaghe cancrenose nelle gambe affette da varici, senza che avessi a perderne uno solo.

Quali sono i fattori che hanno contribuito a tanti felici risultati da me ottenuti?

Oltre all'osservanza della più scrupolosa antisepsi, credo che il risultato si debba specialmente all'uso del cerotto diachilon applicato col metodo del Bainton. Infatti si deve alla sua levigatezza se i secreti della piaga possono sfuggire attraverso i fori praticati nello stesso e non disturbare, infrapponendosi tra le due superficie che devono aderire, venendo assorbite poi dalla garza sovrapposta al diachilon. L'impermeabilità del diachilon e la fasciatura amidata mantengono nel campo granulante una temperatura tepida costante, che non può essere che propizia alla vitalità degli innesti. Altro fattore importante si è che la levigatezza del diachilon, non permettendo che gli innesti aderiscano allo stesso, fa sì che non vengano disturbati nei movimenti durante il processo di adesione e neppure nel momento in cui viene tolta la medicazione.

Il fatto poi di usare innesti ricchi di tessuto dermico, contribuisce per parte sua alla sicura loro adesione e vitalità.

Fin dal 1883 io aveva cominciato ad applicare questo metodo, che altro non è se non quello di Bainton combinato colle vedute della chirurgia antisettica ed asettica, alle larghe piaghe per varici agli arti inferiori, e mi ero potuto convincere che lo stesso era applicabile a qualunque regione del corpo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Per il trattamento delle fratture dell'arto inferiore.

Or sono due anni, comparve sul «Policlinico» la descrizione d'un mio apparecchio per l'applicazione delle fasciature gessate nelle fratture dell'arto inferiore.

Mi si conceda di richiamare ancora l'attenzione dei colleghi, specialmente militari, sopra i pregi di questo semplice dispositivo e sui risultati conseguiti. Esso potrebbe non mancare, anzi non dovrebbe, in tanti ospedali, dove non esista qualcuno dei letti per fratture, molto più costosi e quindi meno accessibili.

La caratteristica di questo strumento consiste nel permettere di applicare la fasciatura col minimo di sofferenze al malato; e ciò si ottiene mediante l'appoggio dell'arto, dal poplite al calcagno, sopra la stecca che costituisce la parte originale dell'apparecchio.

La stecca viene compresa nella fasciatura; allorchè poi il gesso è indurito, la si estrae. Quando l'arto è appoggiato convenientemente, la contrattura riflessa si rilascia, e allora la riduzione si compie con pochissima forza e relativamente poco dolore.

Lo strumento è di facile costruzione; qualunque modesto operaio può allestirlo con poca spesa.

I colleghi vi troveranno un grandissimo aiuto, non solo per la cura della frattura, ma altresì per le medicazioni nelle gravi lesioni del ginocchio, appunto perchè con esso si alleggerisce l'arto di tutto il peso della gamba e del piede e si evitano gli spostamenti e le scosse, inevitabili con gli altri mezzi finora usati.

L'apparecchio continua a mostrarmisi benefico, ed è ritenuto tale da quanti l'hanno visto alla prova, ed io quindi lo considero uno fra tanti utili rimedi non conosciuti.

E. CAVAZZANI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I metodi di ricerca dell'insufficienza epatica.

Non mancano i mezzi per ricercare la capacità funzionale del fegato e stabilire, ad un determinato momento o successivamente durante il decorso di una malattia, come questo organo compia i doveri assegnatigli nell'economia dell'individuo: ma questi mezzi, come vedremo, lasciano ancora molto a desiderare, o per la poca costanza, o per le molteplici cause complicanti d'errore, o per le difficoltà spesso gravi di tecnica. Nè i metodi recentemente proposti hanno notevoli vantaggi sugli antichi.

Intendendo fare col Gautier, che se ne occupa sulla *Revue médicale de la Suisse Romande* (an. XXXVII, n. 10), una rivista pratica e semplice, rimandiamo per più ampie notizie, sopratutto bibliografiche, ai lavori di Brulé e Garban (*Gaz. Hôp.*, 1914), Carnot (*Paris méd.*, 1914), Babaliantz (*Th. de Genève*, 1912).

Per un organo che compie fisiologicamente tante funzioni, come fa il fegato, lo studio della sua capacità funzionale non può desumersi che dall'analisi del modo con cui adempie o tutte esse funzioni o per lo meno ad una delle più importanti. Studieremo successivamente, come fa Gautier, il modo di saggiare la sufficienza epatica nelle sue varie funzioni.

FUNZIONE GLICOGENETICA. — È una delle principali e meglio assodate funzioni del fegato, per saggiare la quale il Cobrat fin dal 1875 propose la prova della glicosuria sperimentale, mediante la somministrazione di 150-200 gr. di sciroppo di zucchero, e la ricerca di questo nelle urine durante le successive 24 ore. Allo sciroppo furono poi, per lo stesso fine, sostituiti il glucosio, il lattosio ed il levulosio, sul quale ultimo si sono fissate speciali simpatie. Ma la glicosuria sperimentale è prova soggetta a troppe cause d'errore, fra le quali vanno ricordate le diarree facilmente insorgenti per queste ingestioni di zucchero, il mancato assorbimento intestinale per stati dispeptici facili negli epatopazienti, la possibile alterata funzione renale, ecc.

Questa ricerca, specie per la sua facilità, non merita d'essere trascurata. Quando con l'ingestione di 150 gr. di glucosio si vede questo apparire nelle urine, si può fondatamente sospettare della sufficienza epatica. Sicchè la glicosuria sperimentale, che allorchè è negativa non ha alcun valore probativo, quando è positiva serve per lo meno a indirizzare nelle successive ricerche.

FUNZIONE BILIARE. — Per lungo tempo — e da questa convinzione sono scaturiti i cosiddetti itteri catarrali — si è ritenuto che la presenza nelle orine di pigmenti e sali biliari stesse ad indicare un ostacolo al deflusso della bile nell'intestino. Oggi si ritiene che il passaggio di questo elemento della bile nel sangue e successivamente nelle urine sia legato ad un disturbo delle funzioni escretorie della cellula epatica e non a semplice ostacolo meccanico nelle vie di deflusso biliare. Altrimenti non si spiegherebbe il fenomeno, bene accertato e messo in evidenza negli itteri e nelle cirrosi specie da Lemierre e Brulé, della *ritenzione biliare dissociata*, e cioè del passaggio nelle orine solamente dei pigmenti o, più spesso, dei sali biliari.

Ecco, dunque, nello studio della ritenzione biliare dissociata, un buon metodo per analizzare i vari lavori della cellula epatica: basta servirsi della reazione di Gmelin o di Grimbert per i *pigmenti* e di quella di Hay (con fiori di zolfo) per i *sali biliari*.

Anche la ricerca dell'*urobilina* può servire allo scopo, quantunque l'urobilina è un composto di origine ancora dubbia e probabilmente multipla (fegato, intestino, reni, sangue). La ricerca del comportamento dell'urobilina è di speciale importanza per la ricerca della funzione epatica dei cirrotici, nei quali Brault e Garban avrebbero dimostrato che l'urobilina non manca mai.

Invece dell'urobilina si può ricercare il suo cromogeno, l'*urobilinogeno*, mediante la colorazione rosea o rossa data da una soluzione cloridrica di benzaldeide (Ehrlich). Però potendosi per la genesi dell'urobilinogeno fare le

stesse osservazioni che per l'urobilina, la prova perde molto del suo valore.

Tutte queste ricerche invece che nelle urine si potrebbero fare nel sangue, ma le difficoltà tecniche aumentano a dismisura e quindi non conviene in pratica. Nel sangue invece, a questo riguardo, interessante è lo studio degli *emoconi*, particelle ultramicroscopiche che si vedono fra le emazie nei preparati a fresco, animate da movimenti browniani. Questi corpuscoli, che si fanno rientrare nella categoria dei grassi, abbondano nelle ore che seguono i pasti, specie se vi fu ricca ingestione di materie grasse. Ora, quando, per alterata funzione epatica, i sali biliari non giungendo affatto nell'intestino o giungendovi in quantità insufficiente, viene a turbarsi l'assorbimento dei grassi, diminuisce o scompare il numero degli emoconi, che si dovrebbero vedere nel sangue durante le ore dell'assorbimento intestinale consecutive all'ingestione di una data quantità di grassi (p. es. 50 gr. di burro). Recenti esperienze avrebbero dato a questa ricerca notevole valore.

Oltre che nelle urine e nel sangue, lo studio si può portare sulle feci, sia ricercandovi, colla reazione di Triboulet al sublimato acetico, il comportamento dell'urobilina, sia rintracciandovi gli acidi biliari colla reazione di Pettenkofer, sia infine dosandovi i grassi non assorbiti, e che in condizioni normali non dovrebbero mai superare il 5 % di quelli ingeriti, ma che invece, per insufficienze epatiche (e spesso contemporaneamente pancreatiche), possono arrivare al 40 %.

Insomma, lo studio delle funzioni biliari può dare dei dati sulla sufficienza funzionale della glandola, cui va ascritto il dovuto valore.

FUNZIONE UROPOIETICA. — La funzione fisiologica ureogenetica del fegato può essere turbata in malattie della glandola (nell'atrofia gialla acuta e in alcune cirrosi può sopprimersi addirittura): sicchè lo studio dell'*eliminazione dell'urea* può fornire indizi sulla sufficienza epatica. Bisogna però in questa ricerca calcolare molte cause di errore, quali l'alimentazione, la ritenzione dell'urea negli edemi, nei versamenti, nei tessuti, e la permeabilità renale.

La diminuzione dell'eliminazione dell'urea accompagnandosi sovente con aumento della *ammoniaca urinaria*, si è cercato di trar partito da questo dato, ritenendo insufficiente un fegato che nelle urine di un individuo a dieta normale faccia comparire oltre 0,50-0,80 gr. di ammoniaca nelle 24 ore.

Per apprezzare ancora più esattamente questa funzione ureogenetica del fegato, Gilbert e Carnot hanno proposto la prova dell'*ammonuria sperimentale*, ricercando l'ammoniaca urinaria dopo aver somministrato 6 gr. di acetato d'ammonio.

Ma alla prova pratica tutti questi metodi si sono mostrati infidi.

Robin ha proposto lo studio del *rapporto azoturico dell'orina*, cioè il rapporto dell'azoto ureico all'azoto totale, che ha un valore medio di 0,82. In caso di alterazioni epatiche, facendosi meno bene la produzione dell'urea dalla disintegrazione degli albuminoidi, il rapporto si abbassa fino a 0,50. Occorre tenere l'individuo a regime costante.

Una parte dell'azoto che non compare come urea od ammoniaca nelle orine, forma un prodotto intermedio di disintegrazione albuminoidea, gli amino-acidi, che assorbiti dall'intestino come tali, vengono ritrasformati, attraversando il fegato, per un processo di sintesi, in nuovi polipeptidi. Ora, se il fegato è insufficiente deve comparire amino-aciduria (Labbé e Bith); ed in tal caso il rapporto dell'azoto degli amino-acidi a quello totale, che normalmente è di 1-3 %, sale fino a 12 %. Però l'amino-aciduria (tirosina, glicocolla, ecc.) compare anche nella polmonite, nel tifo, ecc.

Oltre tutte le definite forme ricordate esiste infine l'*azoto indosato* o *colloidale*, che minimo nelle urine normali, cresce nei casi di insufficienza epatica.

Anzichè nelle urine, si può ricercare il *coefficiente azoturico* nel siero del sangue.

Pure nel sangue Chauffard e Brodin hanno ricercato l'*azoto residuale*, cioè quello che resta sottraendo dall'azoto totale l'azoto ureico. L'azoto residuale non ureico, scarso negli individui sani, crescerebbe notevolmente in quelli con fegato insufficiente. E la ragione è chiara. L'azoto residuale dipendendo solo dal fegato, e sottraendosi ad ogni influenza renale, fornirebbe uno dei dati più sicuri.

FUNZIONE SANGUIGNA. — Secondo Nolf, Doyon, Kareff, negli animali con l'estirpazione del fegato si vede scomparire il *fibrinogeno*. Anche i tossici epatolitici agiscono come l'estirpazione. In alcune malattie epatiche è stato trovato diminuita la quantità di fibrinogeno, e a ciò sarebbero dovute le tendenze alle emorragie dei cirrotici. Invece le alterazioni lievi del fegato, quali si riscontrano nelle polmoniti, portano un aumento del fibrinogeno. Perciò questa ricerca, fatta in base alla *coagulabilità del sangue*, è incerta per stabilire la

insufficienza eventuale dell'organo. Nè migliori risultati possono attendersi dallo studio dei *fermenti* del sangue.

Funzione di fissazione. — Una delle funzioni fisiologiche protettive del fegato consiste nel fissare e neutralizzare corpi estranei tossici: anche in questo campo, quindi, si sono indirizzate le ricerche per valutare la sua attitudine funzionale. Ed il bleu di metilene si è prestato particolarmente.

Chauffard ha designato *glaucuria intermittente* gli arresti nell'eliminazione del bleu iniettato, che egli attribuisce ad inibizione esercitata sul rene da tossine provenienti dal fegato malato. Questo metodo però ha principale importanza per saggiare il rene.

Roch ha proposto di somministrare una dose di bleu (2 milligrammi), che nel soggetto sano dovrebbe essere completamente fissata dal fegato, e quindi non comparire nelle urine nè macroscopicamente col colorito bleu nè chimicamente colla reazione alla nitrobenzina. Ma questa prova all'esperienza si è dimostrata incostante e fallace, riuscendo positiva nei soggetti con fegato sanissimo o negativa nel corso di gravi affezioni epatiche conclamate: non ha quindi che il pregio della semplicità.

La funzione sulla glicuronuria. — L'acido glicuronico, affine del glucosio, è un componente normale delle urine, e solo una recente tecnica permette di svelarlo con relativa facilità. Ora Roger ha dimostrato che sottomettendo gli individui ad un regime latteo o vegetariano si può riuscire a far scomparire l'acido glicuronico dalle orine. Allora basterà far ingerire al paziente un poco di canfora per veder tornare normale la glicuronuria. Se però il suo fegato è insufficiente, la glicuronuria comparirà appena o non comparirà affatto.

Lavori anche recenti hanno confermato le ricerche di Roger ed hanno concluso essere lo studio della glicuronuria un buon metodo, ed abbastanza sicuro, per studiare la capacità funzionale del fegato. Parrebbe assodato che una mancata glicuronuria dopo ingestione di canfora debba condurre a una prognosi fatale sulle condizioni di funzionalità epatica.

Concludendo, si vede da questa rassegna come tutti i metodi proposti per saggiare, a seconda delle diverse funzioni fisiologiche, la capacità e la sufficienza epatica hanno vantaggi, inconvenienti e cause d'errore: queste sono sopratutto date dal fatto che quasi mai non si riesce a saggiare la funzione epatica senza il concorso di altri organi, che possono per conto loro funzionare male, e fra essi in ispecie l'intestino (per l'assorbimento) e il rene (per l'eliminazione).

Dei metodi analizzati alcuni, senza eccessiva pretesa, si possono prendere in considerazione per la semplicità; altri, quali la ritenzione biliare dissociata e la glicuronuria, sono più sicuri e devono essere, quando è possibile, preferiti: in ogni caso bisogna studiare più di una funzione del fegato e ricorrere a più ricerche, per ottenere delle controprove, o per integrarle fra loro.

G. Sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 21 aprile 1918.

Presiede il senatore prof. Novaro.

Sulle ferite d'arma da fuoco della vescica urinaria con permanenza dei proiettili nella cavità vescicale.

Prof. G Lusena, ten. col. medico. — L'O. considera tra le ferite d'arma da fuoco della vescica specialmente quelle con permanenza del proiettile nella cavità e nelle quali il foro di entrata si trova in regioni molto distanti. In qualche caso può la penetrazione in vescica passare inosservata al ferito ed ai curanti.

A questo proposito riferisce un caso interessante, nel quale una palletta di shrapnell era penetrata nella cavità toracica per la regione sottoscapolare sinistra, ferendo il polmone. La ferita guarì in poche settimane, e poichè nessun disturbo il militare presentava all'apparecchio respiratorio, non si pensò a ricercare il proiettile. Passato il ferito in altro ospedale si procedette ad una indagine radioscopica estesa e si constatò il proiettile nel bacino. La mancanza di qualsiasi disturbo controindicò un intervento.

I disturbi comparvero nella convalescenza, e cioè quando il paziente cominciò ad alzarsi dal letto: sentiva allora desiderio frequente di mingere ed assoluta ritenzione di urine. Istintivamente il paziente provò a ricoricarsi e ad orinare nell'orinale stando su di un fianco, come quando era obbligato a letto, e s'accorse che la minzione si compieva con tutta facilità, nè risentiva stimolo frequente stando coricato.

Essendo questa la sintomatologia di corpo estraneo vescicale, l'O. ne accertò la presenza con la cistoscopia e ne procedette all'estrazione col taglio ipogastrico.

Dopo l'esposizione del caso l'O. accenna alle applicazioni della radiografia nel dubbio di corpi estranei in vescica e come questa indagine possa aver importanza diagnostica, soltanto quando la

localizzazione in profondità riesce differente per risultati a vescica piena ed a vescica vuota, poichè la differenza non può aversi, se il corpo estraneo non permane nella cavità, come nei casi di permanenza del proiettile intorno alla vescica.

In ogni caso la cistoscopia è il mezzo diagnostico più sicuro. Nei riguardi della cura ricorda l'O. che certi proiettili di fucile moderno e di mitragliatrice possono essere estratti per le vie naturali collo strumento a tipo di litotritore a branche esili, fatto costruire appositamente da Legueu.

Pseudofibromi sottocutanei da iniezioni di olii minerali.

Prof. G. LUSENA. — L'O. tra i casi più comuni e noti di infiammazioni del derma e del cellulare sottocutaneo provocate da iniezioni di olii minerali, ha avuto occasione di studiarne uno meno comune e di non scarsa difficoltà diagnostica. Un soldato fu ferito da scheggia di granata ad una coscia; guarito, con una estesa cicatrice fu inviato in licenza per un mese. Di ritorno al corpo si lamentava di una recrudescenza di dolori in corrispondenza della cicatrice. Da ripetute visite mediche ebbe la inabilità alle fatiche di guerra. Dopo cinque mesi di servizio condizionato e dopo otto o nove mesi dal ferimento fu adibito a servizio più gravoso e perciò egli richiese una nuova visita. Constatata una notevole tumefazione in corrispondenza della cicatrice ed asserendo il paziente che erano rimasti alcuni frammenti di scheggia, fu inviato all'ospedale militare sotto le cure dell'O.

Il militare presentava una cicatrice estesa, alla faccia esterna della coscia sinistra, interessante soltanto la cute. Sotto la cicatrice e nel cellulare sottocutaneo sovrastante la fascia lata si palpavano due masse, del volume di un uovo di gallina, durissime, indolenti, bene individualizzate tra loro e dalla cute e dalla fascia. Il sospetto che fossero neoformazioni sviluppatesi intorno a piccoli frammenti metallici fu eliminato dall'osservazione, che piccoli frammenti metallici difficilmente avrebbero dato luogo a così voluminose neoformazioni, e sovratutto dalla indagine radiografica assolutamente negativa.

Sospettata una autolesione, l'O. con metodico intervento estirpò le due masse, le quali avevano l'aspetto di due tumori fibroblastomatosi duri ed a limiti ben definiti. Dei due tumori uno servì per una indagine chimica, la quale dimostrò l'evidente presenza di olii minerali, l'altro servì per le indagini istologiche, e queste misero in evidenza una neoformazione di tessuto connettivo tendente alla ialinizzazione, con minutissime cavità contenenti microscopiche goccioline d'olio. Ove queste erano più grosse la reazione connettivale mantenevasi in atto, essendo all'intorno più numerose le cellule, alcune polinucleate, e più evidenti le neoformazioni vascolari, ove invece le goccioline erano più suddivisa l'evoluzione connettivale era più avanzata.

In nessun punto si osservarono indizi di vera infiltrazione infiammatoria, nè segni di alterazione nutritizia, così frequenti nelle comuni elaiopatie da iniezioni di olii minerali.

Su di un caso di ascesso epatico.

Dott. E. A. DELFINO. — La malattia era cominciata dopo circa quattro mesi che il soldato si trovava in trincea, ed i primi disturbi furono dati da dolori intestinali accompagnati da tenesmo e da diarrea. La diarrea, nonostante l'abbondante uso di bismuto ed oppio, continuò sempre assai forte per un mese e mezzo. Gradatamente migliorò, ma non stette mai bene, anzi si accentuò il dimagramento già notevole e si aggiunse un dolore puntorio al costato destro, poca tosse, dolori addominali e diarrea con muco e sangue, inappetenza e spossatezza generale. Il paziente nega di aver avuto mai ittero nè malaria. Il paziente riferisce che fra i suoi compagni i casi di diarrea erano assai frequenti. Ricoverato nell'ospedale Ravasco, sia l'esame clinico che l'indagine radiografica dimostrano il fegato aumentato assai di volume e l'infermo accusa un dolore alla base dell'emitorace destro. Febbre remittente che raggiungeva i 38°,5 la sera e si abbassava a 37°,2 al mattino. La puntura esplorativa del fegato anteriormente nel 2° spazio poco all'esterno della mammillare ci dà pus in abbondanza.

L'intervento praticato subito (mediante taglio parallelo all'arco costale) dimostra che il fegato non contrae aderenze ed è fortemente congesto. Viene circondato da parecchi strati di garza e si incide il viscere. L'ascesso è entro una robusta capsula fibrosa, e aperto dà luogo alla fuoriuscita di due litri circa di pus bianco-grigiastro, grumoso, mal legato. Si zaffa ampiamente la cavità e nei giorni successivi si sostituisce al drenaggio di garza quello con un grosso tubo di gomma. Le condizioni gravissime dell'ammalato al momento della operazione gradatamente migliorarono fino a guarire completamente dopo due mesi.

L'esame microscopico del pus dava: detrito informe fortemente colorabile coi colori nucleari, rari nuclei uniformemente colorati, alcune cellule poligonali appartenenti probabilmente al parenchima epatico. Non si mettono in evidenza nè microrganismi, nè amebe.

Esame colturale. — Coi comuni mezzi nutritivi la coltura rimane sterile, sia per gli aerobi come per gli anaerobi.

Esame biologico. — Le iniezioni nel peritoneo di cavie diedero risultati negativi.

Prova della agglutinazione. — Negativa per il b. tifo e per il coli. Non ha potuto fare prove col bacillo Shiga e di Flexner.

Esame delle feci. — Non amebe nè protozoi.

Dall'esame del caso non ci è dato riconoscere il germe che ha dato luogo alla enterocolite e all'ascesso. La malattia aveva esordito nove mesi prima dell'intervento chirurgico, e forse ai germi specifici in così lungo tempo si erano sovrapposti parecchi altri che comunemente albergano nell'intestino. La batteriologia non ha potuto ancora mettere in chiaro quali siano i germi che provocano la cosiddetta «dissenteria della trincea». Ultimamente Houston e McClay hanno trovato l'enterococco, e Bisch propende per una forma di dissenteria amebica larvata.

M. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sulla natura dell'attuale epidemia.

Dove abbia cominciato la malattia febbrile a decorso fugace, che è venuta assumendo vero carattere pandemico, non si sa; certamente la Spagna è stata una delle prime nazioni attaccate, a giudicarne anche dal fatto che la stampa medica spagnuola è stata una delle prime ad occuparsene. La *Revista de Higiene y de Tuberculosis* dava già notizia nel numero di maggio dell'epidemia, che a Madrid aveva colpito in pochi giorni una quarta parte della popolazione e si era estesa rapidamente ad altre parti della Spagna, come a Valenza, da dove il redattore scriveva già « con el enemigo en el cuerpo ».

Altre nazioni venivano poi invase dal morbo: l'Italia, alcune regioni della Francia, la Svezia, la Germania, la Svizzera, ecc.

A tale malattia la maggior parte dei medici ha applicato l'etichetta di *influenza*, denominazione molto comoda e sbrigativa, specialmente presso l'ammalato, ma che troppo spesso viene usata per malattie eziologicamente molto dissimili, e che hanno soltanto fra loro una vaga rassomiglianza nei fatti clinici.

Si sono pronunziati per l'influenza l'Accademia di Medicina di Madrid e quasi tutti i clinici spagnoli, la Società Medica degli Ospedali di Parigi e molti medici francesi.

All'influenza tendono ad ascriverla, in Italia, Micheli e Satta (*Riv. critica di clinica medica*, 15 giugno), Scoccia (questo giornale, 14 luglio 1819), ecc.

Conviene osservare, per altro, che il bacillo di Pfeiffer non è stato trovato quasi mai (p. es. è stato cercato inutilmente da Lissle, Garofalo e Williams, *The Lancet*, 13 lug. 1918); invece si rinvengono con frequenza dei micrococchi (*M. catarrhalis*, streptococchi, pneumococchi, ecc.).

Per Pittaluga si tratta di dengue. Per molti dei nostri medici militari, per Gabbi (*Rif. Medica*, 6 lug. 1918), per Montefusco (*ibidem*, 13 luglio 1918), per De Napoli (questo giornale, 30 giugno 1918) si tratta di febbre da pappataci o influenza estiva. Quest'ultimo autore tende anche a identificarla con le febbri delle trincee.

Vari nomi le sono stati dati volgarmente, come quelli di febbre spagnuola, o jugo-slava, o czeco-slovacca (!), mentre la maggior parte degli studiosi tende, come si è già detto, a farla rientrare nel quadro di malattie già note, che hanno con essa non dubbie analogie, tanto epidemiologicamente quanto clinicamente.

***

Una chiara ed accurata rivista della questione è stata fatta da G. Sampietro (*Annali d'Igiene*, 30 giugno 1918). L'A. prende in esame specialmente la dengue, la febbre dei tre giorni, la febbre delle trincee ed anche l'influenza, per venire alla conclusione che l'attuale epidemia si avvicina di più alla febbre dei tre giorni o da pappataci. Tale malattia è comune ad alcune zone dell'Italia ed è stata finora osservata quasi esclusivamente nell'ambiente militare (1).

Epidemie di febbre dei tre giorni sono poi state osservate anche negli anni decorsi, come p. e., dopo il terremoto di Messina; l'attuale può quindi a buon diritto considerarsi come una diffusione straordinaria di malattia preesistente, in rapporto sia con le speciali condizioni meteorologiche del corrente anno, sia con una più intensa importazione di virus per gli scambi più frequenti dovuti alle condizioni di guerra, analogamente a ciò che è avvenuto per la malaria.

Quanto all'importanza dei pappataci nell'attuale epidemia, essa sarebbe da ammettersi senza meno, per quanto qualcuno abbia voluto infirmare la diagnosi di febbre dei tre giorni, od almeno la trasmissibilità per mezzo dei pappataci, con il fatto di non aver trovato questo insetto nelle abitazioni.

Il Sampietro fa giustamente rilevare, a tale riguardo, la difficoltà di ritrovare il pappataci, sia per la sua piccolezza, come per la poca conoscenza che noi abbiamo della sua biologia.

L'A. avanza però l'ipotesi che, nel determinare la diffusione della malattia, abbia una parte non trascurabile il contagio diretto, probabilmente per mezzo delle secrezioni faringee e tracheali, tanto più che una localizzazione del virus nelle vie respiratorie superiori sembra ammissibile, osservandosi quasi sempre irritazione tracheale, coriza e talvolta tonsillite e faringite. Questa ipotesi è, a nostro modo di vedere, destinata a dirimere molte difficoltà nei riguardi epidemiologici. Una duplice via di

(1) Del resto, anche l'attuale epidemia ha colpito in prevalenza i militari, tanto che qualche medico è arrivato a supporre che si trattasse di malattia proveniente dalle trincee, o addirittura diffusa dal nemico; non si capirebbe però in tal caso come mai venisse dapprima propagata fra i neutri e poi anche fra le stesse popolazioni nemiche! (*N. d. R.*).

Malattie	Sintomi — Decorso	Diffusione	Agente e modo di trasmissione
Dengue. . .	Piressia elevata ad inizio brusco: cefalea, dolori articolari e muscolari alle gambe e alla schiena. Nel periodo di apiressia, esantema papuloso analogo alla rosolia. Grande e persistente adinamia. Assenza di splenomegalia. Scompare per crisi dopo 3 giorni e ricompare al 4°-5°-6° giorno	Epidemie estive, nei paesi tropicali	Virus filtrabile nel sangue, inoculato da culex e stegomie.
Febbre dei tre giorni	Piressia elevata ad inizio brusco con malessere, pesantezza alle gambe, e nelle forme gravi, cefalea, apatia, depressione psichica, crampi, delirio. Forti dolori alla regione lombare, rachide, polpacci, bulbo oculare. Iniezione congiuntivale, catarro naso-faringeo. Lingua patinosa. Assente il tumore di milza. Caratteristiche la bradicardia e la leucopenia. Durata 2-4 giorni. Non dà ricadute. Come postumo si osserva un lungo periodo di astenia	Epidemie da maggio a tutto settembre, localizzate	Virus filtrabile nel sangue, trasmissibile per mezzo di pappataci.
Febbre delle trincee	Periodo di incubazione non inferiore ai 12 giorni. Dolore tibiale: senso di benessere nel periodo apiretico, tumore di milza; polinucleosi. Vari tipi morbosi. Accessi febbrili separati, per solito, da un periodo apirettico (di 5 giorni nella febbre volinica o quintana)	Epidemie invernali, accantonate quasi esclusivamente alle trincee	Virus di natura ignota (probabilmente spirochete) che si trova nella parte corpuscolare del sangue, trasmesso per mezzo di pidocchi (grattamento su escrementi di pidocchi o su pidocchi schiacciati).
Epidemia attuale	Inizio brusco; febbre elevata per 2-3 giorni. Forti dolori muscolari, specialmente alla schiena ed agli arti inferiori, cefalea, profonda anoressia, patina linguale. Talvolta leggera irritazione faringea o tracheale, o disturbi intestinali. Non esiste tumore di milza nè esantema. Monosindromatica. Adinamia nella convalescenza	Pandemia, dal maggio in poi	Virus ignoto: il bacillo di Pfeiffer venne riscontrato solo in via eccezionale. A Madrid venne isolato un diplococco Gram negativo. Frequenti reperti di micrococchi.
Influenza . .	Inizio vario. Sintomatologia pluriforme: prevalenza di fatti catarrali, specialmente nelle vie respiratorie. Decorso irregolare. Adinamia nella convalescenza.	Pandemie o tendenza alla pandemicità	Bacillo di Pfeiffer; nelle ultime epidemie dette d'influenze, diplo-streptococchi. Trasmissione diretta.

trasmissione è stata riconosciuta, del resto, anche per altre malattie, come la peste.

L'A. fa una serie di proposte concrete, per lo studio sperimentale del problema, e noi siamo convinti che esse meriterebbero di esser prese in seria considerazione.

Sembra a chi scrive che anche la semplice osservazione dell'attuale epidemia possa fornire molti dati che valgano a darci una conoscenza più precisa della febbre dei tre giorni: sarebbe particolarmente interessante di osservare se essa abbia infierito, oltre che nelle città e nei grandi agglomeramenti umani, anche nelle campagne e se sia stata particolarmente intensa in luoghi (Venezia) dove il pappataci è abitualmente molto diffuso e molesto.

Riassumiamo in questa tavola i principali caratteri delle malattie in questione, desumendoli dal pregevole lavoro del Sampietro.

FIL.

L'attuale epidemia di febbri in Taranto. Ricerche eziologiche.

Su questo argomento G. Saccone, direttore del laboratorio batteriologico dell'ospedale militare marittimo di Taranto, pubblica una nota preventiva negli *Annali di medicina navale e coloniale*. Sebbene il fascicolo (V e VI del 1918) non abbia ancora veduto la luce, possiamo dare un riassunto del lavoro, grazie alla cortesia della Direzione del periodico, che ci ha

comunicato le bozze, del che vivamente la ringraziamo.

L'attuale epidemia si sviluppò in Taranto nello scorso mese di maggio, quasi contemporaneamente sulle navi della Squadra di battaglia, nei varî distaccamenti a terra e fra la popolazione civile: raggiunse il suo acme in pochi giorni e cominciò a decrescere ai primi del mese di giugno.

Per criterî clinici ed epidemiologici vennero escluse la febbre da carbone, il dengue e la febbre da pappataci. L'ipotesi di quest'ultima malattia viene eliminata, perchè i pappataci non vi erano ancora, o forse erano solo pochi, ed apparvero invece nella seconda metà di giugno. Del resto la rapida diffusione della malattia, sia sulle grandi navi, sia nelle caserme e nelle famiglie, dimostra all'A. che l'infezione si trasmette per mezzo dell'aria, che il periodo d'incubazione è molto breve (non più di 2-3 giorni) e che esiste una spiccata contagiosità.

L'infezione colpisce principalmente i giovani, più raramente i vecchi ed i bambini e sembra produca una certa immunità.

Sintomatologia. — Inizio brusco con rapido innalzamento di temperatura fino a 40°, solo raramente un'ascensione lenta progressiva. Gli infermi si lagnano di dolori lombari, di cefalea intensa e di dolori ai muscoli oculari; quasi tutti presentano risentimento tonsillare, faringeo e spesso laringeo con frequenti accessi di tosse secca, stizzosa. Talvolta nausea, vomito, non di rado epistassi.

La febbre dura 24-48 ore, terminando per crisi, e solo raramente per lisi, persistendo pochi decimi per tre o quattro giorni.

Con la febbre dileguano altresì tutti i sintomi, salvo una lieve prostrazione di forze, che dura uno o due giorni.

Vi sono poi forme *abortive o lievissime* (leggero malessere e qualche decimo di elevazione termica per poche ore), *lievi* (sintomi un poco più accentuati, senza costringere l'ammalato a letto), forme *gravi*, e *gravissime*, *letali*.

Le forme gravi, che rappresentano una minima percentuale, sono caratterizzate dall'insorgere di polmoniti lobulari e pleuriti, quelle gravissime letali presentano anche lesioni cardiache, specie dell'endocardio.

L'urina contiene albumina, cilindri ed emazie, costantemente nelle forme gravissime, e frequentemente nelle gravi.

Si nota anche un lieve tumore di milza.

Al tavolo anatomico, oltre alla polmonite lobulare e l'endocardite, fu sempre riscontrata la pleurite, spesso con piccole quantità di essudato, in modo da non poter essere diagnosticata coi mezzi fisici. Costantemente è stata notata congestione renale e milza da infezione.

Eziologia. — Sono state fatte in proposito numerose ricerche microscopiche e batteriologiche. L'emocoltura è stata praticata in 120 casi; è risultata positiva in 28 su 60 casi al 1°-2° giorno di malattia e nella totalità dei casi in cui il sangue è stato prelevato nel momento in cui gli ammalati si presentavano alla visita medica.

Il germe isolato è un micrococco, rassomigliante al *m. tetragenus*, che l'A. chiama *metatetragenus* o dell'influenza primaverile.

Trattasi di un cocco a grandezza variabile, disseminato a diplococchi o raggruppato a quattro elementi od in brevi catenelle di 4-5 elementi. È immobile, Gram-positivo: si sviluppa bene a 37° in tutti i terreni. Intorbida uniformemente il brodo e forma un sedimento biancastro spesso. Non coagula il latte, su cui cresce stentatamente; forma una spessa patina biancastra sulla patata. Dalle colture in agar emana uno spiccato odore di colla.

È allo studio l'azione patogena sugli animali, che però sembra assai scarsa: nei conigli le iniezioni endoperitoneali non producono che una lieve ipertermia per un paio di giorni.

Anche da altro materiale patologico (liquido pleurico, cefalo-rachidiano, ecc.) venne isolato il germe descritto, spesso in associazione con lo streptococco.

Prognosi. — Favorevole nei casi senza localizzazione, riservata in quelli con broncopolmonite e pleurite, infausta quando si riscontrano anche lesioni cardiache.

Profilassi. — Fino a che non si conosce la profilassi specifica l'A. consiglia l'uso dei disinfettanti delle tonsille e del cavo faringeo, che costituirebbero la porta d'entrata del germe.

Terapia. — Le forme ordinarie guariscono spontaneamente. Sarà bene ad ogni modo somministrare un leggero purgante, piccole dosi di bromo-chinino, qualche leggero calmante della tosse stizzosa, qualche disinfettante delle tonsille e pareti faringee. È sconsigliabile l'aspirina, che non ha alcun valore curativo, mentre potrebbe nuocere in casi di lesioni cardiache, non rilevabili all'esame clinico. Nel caso di complicazioni da streptococco, dànno buoni risultati le iniezioni di siero antistreptococcico.

FIL.

TERAPIA.

La tecnica dell'elioterapia.

L'elioterapia è, in apparenza, uno dei sistemi di cura più semplici e facili: eppure vi sono difficoltà e segreti di tecnica, che solo l'esperienza ha suggeriti, senza di che la elioterapia diventa una pratica puerile ed inefficace, se pur non è qualche volta nociva.

Di questi dati tecnici un eliοterapista, il dottor Cololian, si è occupato quest'anno nel *Paris médical* (n. 4).

Vanno innanzi tutto fissati bene gli effetti terapeutici dell'elioterapia: il bagno di sole dev'essere considerato: *sterilizzante o microbicida; cicatrizzante; calmante o sedativo; tonico.*

Quanto poi alle *condizioni della pratica elioterapica*, si è discusso se l'insolazione deve essere fatta al *mare*, in *montagna* o in *pianura*.

Senza dubbio il sole è egualmente attivo dappertutto, purchè si sappia utilizzare: nondimeno vi sono indicazioni supplementari per ognuna di queste località, sempre però subordinate ai vantaggi dello spostamento o meno del soggetto.

Al mare all'azione benefica dei raggi solari s'aggiunge quella dell'aria marina, della temperatura dolce e costante, della scarsezza di polvere. Si può anche ammettere che i raggi attinici, diffondendosi alla superficie del mare, siano più attivi che altrove e permettano le insolazioni anche nelle giornate coperte. Le lesioni croniche tubercolari sono quelle che più si giovano della cura eliomarina.

In montagna l'aria è ancora più pura e la polvere più scarsa; i raggi attinici assai abbondanti e, non intercettati da fumo o polvere, giungono in maggior quantità sulla superficie esposta. Quando è possibile, una località di montagna esposta a mezzogiorno e riparata dai venti rappresenta l'ideale per l'elioterapia.

La città molte volte deve essere preferita per ragioni di comodità. Allora si può fare la cura in una camera bene assolata, o in un giardino. Evitare la vicinanza di vie polverose. L'installazione del solarium può essere semplicissima: l'essenziale è che il paziente sia riparato alla testa dal sole, sia direttamente, sia per riverbero: basta a tal uopo anche un adatto berretto di carta. Il mobilio può esser fatto da tende, ombrelli, sedie, banchi, o materassi e cuscini per terra.

I principî che regolano le applicazioni elioterapiche devono essere i seguenti:

a) L'insolazione deve essere immediata, vale a dire senza interposizione di alcuno schermo. Uno strato di vetro o di garza intercetta i raggi ultravioletti che sono quelli attivi, e che non attraversano, come i raggi calorifici o luminosi, questi mezzi. Tutto al più, sulle piaghe, si può mettere un sottil velo di garza idrofila per salvarle dalle mosche.

b) L'insolazione deve essere diretta, e cioè i raggi solari devono cadere sempre perpendicolarmente sulla superficie che si cura e perciò il malato deve essere fatto opportunamente girare a questo scopo, secondo il cammino del sole.

L'elioterapia può esser fatta anche nei giorni senza sole e nell'inverno, poichè oggi è rigorosamente dimostrato che i raggi attinici ultravioletti attraversano bene gli strati di vapore acqueo delle nuvole, e l'esperienza dimostra che i risultati terapeutici buoni si ottengono anche con giornate nuvolose.

c) L'elioterapia dev'essere dapprima locale, poi totale, ma sempre *rigorosamente* progressiva.

L'autore consiglia, specie quando si hanno da curare 50-100 malati, il metodo seguente:

1° giorno: esposizione unilocale (cioè della sola regione malata) per 10 minuti;

2° giorno: esposizione bilocale (cioè della regione malata e della simmetrica sana) per 20 minuti;

3° giorno: esposizione delle quattro membra, per 20 minuti;

4° giorno: esposizione delle quattro membra e del torace, per 20 minuti;

5° giorno: esposizione totale, per 40 minuti;

6° giorno: esposizione totale, per 50 minuti.

Alla fine della settimana, bagno di sole totale per 1 ora. Nella seconda settimana si può fare un bagno di 1 ora al mattino e di 20-30 minuti nel pomeriggio. Se il paziente sopporta bene, ricordandosi che l'azione del sole è proporzionata alla durata della esposizione, si può raggiungere un massimo di 4 ore di insolazione totale, fra mattino e sera.

Quando la temperatura è meno di 15° all'ombra, o vi è vento, o le nubi passano di continuo rinfrescando, bisogna evitare l'esposizione totale, contentandosi di quella locale.

L'ora della cura è indifferente: per evitare il digiuno o la piena digestione si preferisce assolare dalle 8 alle 10.30 e dalle 14 alle 16.

La medicatura durante l'elioterapia deve essere tolta. Al più si consente un sottil velo di garza contro le mosche. Dopo scoperta, la piaga può essere detersa con alcool iodato. Alla fine dell'insolazione non occorrono medicature antisettiche. Basta l'asepsi, poichè microbicida è il sole.

Altri trattamenti fisioterapici (massaggi, elettricità, ecc.) possono essere accoppiati all'elioterapia. I massaggi sono consigliati durante le ore di insolazione.

La *durata della cura* è difficile a precisare. La pratica è la migliore maestra. Quello che è assodato è che alcune volte, dopo la cicatrizzazione, si manifestano delle recidive. Può trattarsi di germi rimasti latenti fra le briglie cicatriziali. Perciò non è mai abbastanza racco-

mandato di continuare la cura anche 8-15 giorni dopo la completa cicatrizzazione.

Alla *sorveglianza durante la cura* risale gran parte dei successi. Occorrono infermiere pratiche e fidate. Bisogna sorvegliare i malati, proteggere le loro piaghe, prendere rigorosamente la temperatura atmosferica.

Una temperatura al sole inferiore a 18° non consiglia l'insolazione totale: con una stessa temperatura oltre i 40° il bagno di sole non va mai prolungato oltre un'ora.

È consigliabile (e il Cololian la riporta nel suo lavoro) una speciale cartella elioterapica, individuale per ciascun malato, ove siano giorno per giorno segnati i dati necessari secondo quanto si è venuti dicendo. G. SABATINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(955) *Disinfezione di ambienti.* — All'abbonato n. 1856:

Per il risanamento di ambienti già destinati a ricovero di vaiuolosi si deve procedere ad un'accurata disinfezione consistente essenzialmente nello scrostamento delle pareti e successiva imbiancatura, nei lavaggi del pavimento e dei mobili con sublimato 5 ‰, nella eventuale disinfezione con aldeide formica se nelle camere si trovano oggetti d'uso.

Non è necessario prendere alcun provvedimento per lavatoi, pozzi d'acqua potabile, pozzi neri, cortili, ecc.

L'abitabilità può essere concessa subito dopo espletate le suddette disinfezioni. *g. s.*

(956) Al dott. A. S. da N.:

Della così detta « malattia spagnuola » ci siamo occupati negli ultimi fascicoli; ne trattiamo anche in quello attuale (V. pag. 714 e 715). L. P.

VARIA.

Lapis e sigarette esplosive.

Si è parlato frequentemente di mutilazioni inflitte a ragazzi belgi per impedire loro di prendere nel futuro le armi contro la Germania. Da informazioni recenti si rileva che le stesse vittime sono causa del loro male e che i tedeschi vanno esenti da queste accuse che la nera calunnia mondiale ha gettato su loro. I fatti su per giù si sono svolti come segue: per le strade della Francia o del Belgio invasi un soldato tedesco incontra un ragazzetto e gli offre (vedete quanta amabilità!) delle sigarette. Ma il ragazzo non fuma e rifiuta; il soldato vuol pure cattivarsi la simpatia del monello e gli offre allora un bel lapis con il suo salvapunta. Il dono è tentatore ed il piccolo birichino se ne va gongolante temperando una delle estremità del lapis: ma questo dopo pochi segni non scrive più. Egli allora vuol tentare dall'altra estremità e fa per levare il salvapunta: ne segue una violenta esplosione ed il pollice, indice e medio della sua piccola mano vengono lanciati lontano, mentre il povero anulare pende come un misero brandello. All'ospedale tedesco, dove viene *paternamente* curato, lo si diffida a non parlare del lapis.

Anche le sigarette, un po' più lunghe e più sode di quelle ordinarie, erano destinate agli stessi scopi, ed i ragazzi che s'arrischiarono ad accenderle ne ebbero la faccia rovinata.

Con tali nobilissime armi la Germania si prepara coraggiosamente il suo dominio nel futuro.... FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

J. FIOLLE e J. DELMAS. *Découverte des vaisseaux profonds par des voies d'accès larges.* Un vol. in-8° di 128 pagine, con numerose figure originali. — Masson e C., editori. Parigi. Prezzo L. 3.

Per le ferite di guerra è stato necessario iniziare una nuova chirurgia vascolare, essendosi dimostrati insufficienti i processi classici di allacciatura delle arterie, i quali, mediante incisioni che seguono gli interstizi ed i solchi naturali permettono soltanto una via di accesso molto stretta.

Gli AA. insistono sulla difficoltà di scoprire la ferita di un vaso profondo nei tessuti infiltrati, che mal si prestano alla dissezione, e sulla necessità di mettere allo scoperto tutto il fascio vascolo-nervoso della regione per poter aggredirlo con probabilità di successo. È quindi indispensabile aprire una larga via di accesso, che permetta di operare a *cielo aperto*, senza però tagliare alla cieca, ma sezionando i tessuti nel punto migliore per la *restitutio ad integrum.*

Gli AA. espongono i processi da loro escogitati per tale scopo, fra i quali meritano particolare attenzione quelli per i vasi della natica e per la loggia posteriore della gamba. Vengono da ultimo descritti i procedimenti per rintracciare i grossi tronchi vascolari, come quelli del collo, della carotide primitiva ecc., che necessitano la formazione di larghi lembi osteo-muscolari ed appartengono alle operazioni più delicate della chirurgia vascolare.

ini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Un'inchiesta sull'opera dei medici nel campo delle Assicurazioni infortuni.

L'ultima assemblea generale dell'Ordine, informata dalle dichiarazioni di un collega iscritto nell'Albo che, presso la Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro accadrebbero, secondo l'opinione di questo, frequenti incidenti nella valutazione della quota di indennizzo, votava il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea, ritenuto che per decoro di classe, « del quale è naturale tutore, e per la funzione so- « ciale che a quella tutela si connette, l'Ordine « deve, con particolare cura, interessarsi delle at- « tività mediche nel campo della medicina sociale, « invita il Consiglio a provvedere nei modi che « riterrà convenienti a condurre una rigorosa in- « chiesta su tutte le azioni mediche che si eser- « citano e si svolgono nel campo delle assicura- « zioni infortuni, traendone le provvidenze che « risulteranno necessarie ».

Il Consiglio dell'Ordine, desiderando dare corso al mandato ricevuto dall'assemblea, stabiliva di nominare una Commissione di inchiesta, la quale dovrà portare il suo esame sulla materia di cui al su trascritto ordine del giorno sono tracciate le grandi linee.

Con distinta osservanza

La Commissione è costituita dai componenti il Consiglio dell'Ordine e dal prof. Carducci Agostino, dal prof. Diez Salvatore, dal prof. Nicoletti Vincenzo e dall'avv. Sandrini on. Amedeo.

Dimissioni della Giunta esecutiva della Federazione degli Ordini dei medici.

Riportiamo il seguente ordine del giorno votato nell'adunanza della Giunta esecutiva della Federazione, tenutasi il 12 luglio 1918:

« La Giunta esecutiva della Federazione degli Ordini dei medici, riunitasi in Bologna il 12 luglio 1918, sentite le dimissioni del prof. Luigi Silvagni da presidente federale, approvando pienamente tale sua decisione, si dichiara solidale con lui e delibera di presentare anche le proprie dimissioni al Consiglio federale, che stabilisce di convocare in Roma per il giorno 19 agosto p. v.

La Giunta esecutiva: *Prof. Luigi Cappelletti — Dott. Antonio Dal Prato Dott. Leopardo Ruzzini* ».

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici ci perviene la seguente lettera:

Bologna, 17 luglio 1918.

Chiar.mo Sig. Prof. E. Morelli,
Amministratore del *Policlinico* - Roma.

Accuso ricevuta del vaglia Banca d'Italia di lire 692 (seicentonovantadue) da V. S. inviate con lettera in data 12 corrente a questa Federazione come nuovo contributo contro i più gravi danni della guerra, ecc.

A V. S. e al *Policlinico*, che già inviò con le precedenti raccolte L. 4202.77, vivissimi ringraziamenti per l'opera efficace e continua in vantaggio della sottoscrizione.

Con osservanza

Il Vice-Presidente.

ATTI PARLAMENTARI.

Avvicendamento degli ufficiali medici.

All'on. Angiolini il ministro Zupelli ha così risposto in proposito:

« L'avvicendamento degli ufficiali medici è strettamente legato a speciali ragioni di servizio, per cui ad essi non furono applicate le disposizioni di cui alla circolare 137 « Giornale Militare » corrente anno, rimanendo in vigore le preesistenti disposizioni che ne regolavano già l'avvicendamento (lettera *D*, circolare succitata).

Per assicurare il servizio nelle prime linee della zona di guerra provvede il Decreto Luogotenenziale 12 novembre 1916, in base al quale tutti i medici appartenenti alle classi 1884 e più giovani sono riservati esclusivamente per il servizio nelle linee stesse.

Il rendimento delle dette classi è appena sufficiente allo scopo, e perciò è necessario mantenere saldamente l'integrale applicazione del Decreto sopra citato, tanto più che la produzione dei medici giovani è del tutto sospesa.

Gli ufficiali medici delle classi 1884 e più giovani godono di un avvicendamento nella stessa zona di guerra e nelle formazioni di prima e seconda linea, cioè a dire prestano servizio a turno di sei mesi in un reggimento, in una sezione di Sanità e in un ospedaletto da campo.

L'avvicendamento propriamente detto consiste nel richiamo presso le formazioni della zona territoriale degli ufficiali medici mobilitati. Finora è limitato a quelli appartenenti alla classe 1878, dopo un anno almeno di servizio in zona di guerra; e non è possibile estendere tale beneficio ad altre classi, per insufficiente disponibilità di personale

fisicamente idoneo, tanto più che, per non turbare l'assestamento del servizio, tanto in zona di guerra, che in zona territoriale, il cambio deve compiersi tenendo sempre conto delle specialità professionali e della idoneità fisica. La deficienza sopra accennata dipende dal rilevante numero dei già avvicendati (circa 2000), dalla mobilitazione sistematicamente compiuta alla classe del 1880, dalla necessità di provvedere allo inquadramento di nuovi reparti, alla costituzione di nuove unità sanitarie, al ripianamento delle deficienze rappresentate dalla ordinaria quotidiana usura dell'organismo sanitario.

Si consideri inoltre la coesistente necessità di destinare a servizi civili, medici in sostituzione di altri, ai quali viene revocato la dispensa o l'esonero per non aver compiuto il servizio militare prescritto (Decreto Luogotenenziale 9 dicembre 1917).

Trattasi di servizi ai quali, all'infuori del medico che vi si trova, altri, come è ovvio, non ha di norma alcun interesse di essere destinato.

Attualmente tali posti vengono coperti con i medici che non hanno diritto all'avvicendamento (più giovani del 1878) e che, non potendo in altro modo ottenere il ritorno in zona territoriale, optano per la destinazione di un servizio civile.

Appare adunque evidente che, se maturasse anche per essi il diritto all'avvicendamento, e cioè attraverso l'avvicendamento potesse realizzarsi il ritorno in sede prossimiore a quella abituale, se non addirittura in quella stessa, non avremo modo di assicurare convenientemente i servizi civili che l'applicazione del Decreto sopra ricordato 9 dicembre 1917 lascia scoperti.

Ai servizi stessi vengono destinati, previo ricollocamento in congedo, ufficiali medici designati dalle stesse amministrazioni interessate fino alla classe 1881 inclusa, con nessun'altra limitazione, oltre quella di aver prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra, o anche se appartenenti alle classi 1882-1883, purchè, oltre la suddetta condizione, siano riconosciuti di menomata idoneità fisica.

Per effetto di tale Decreto molti ufficiali medici fino alla classe 1883 potranno tornare al servizio civile dal quale furono allontanati all'atto della mobilitazione generale, moltissimi altri saranno richiamati per servizi civili, in zona territoriale, se non nella stessa residenza di prima della guerra.

Ecco come l'avvicendamento propriamente detto (1878) verrà presto largamente integrato dalla destinazione ai servizi civili (1883), ferme restando le disposizioni relative alla classe 1884 e più giovani, riservate alle necessità delle prime linee.

Le norme sopra riassunte sono quelle cui attualmente si attiene al Ministero della guerra, d'accordo col Comando Supremo e con la Intendenza generale, e costituiscono un coordinato sistema a sostegno del funzionamento sanitario in zona di guerra, in zona territoriale e nella popolazione civile.

Poichè tali necessità sono suscettibili di modificazioni, potranno anche variare i limiti e i criteri d'avvicendamento, che finora però occorre mantenere integri e fermi ».

Per i medici militari prigionieri.

All'on. Dore il ministro della guerra ha risposto al riguardo:

« Le attuali disposizioni non stabiliscono un trattamento speciale in materia d'avanzamento per gli ufficiali medici caduti nelle mani del nemico, in confronto del trattamento stabilito per gli ufficiali delle altre armi o corpi del regio esercito; posso però assicurare l'on. interrogante che, pienamente convinto che la posizione degli ufficiali medici in mano del nemico presenta caratteristiche tutte proprie, non ho mancato di far studiare con particolare cura la questione e che è mio intendimento sottoporre quanto prima all'approvazione del Consiglio dei ministri opportuno provvedimento di D. L. inspirato ai maggiori sensi di equità e di giustizia ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7357) *Cura piena - Pensioni.* — Dott. L. F. da S. sul S. — Non può il sanitario condotto rendersi parte diligente per ottenere che la condotta fosse da piena ridotta al puro obbligo di legge. Sono decisioni che si prendono tenendo unicamente presenti gli interessi del servizio e non quelli particolari del titolare.

L'iniziativa che non può prendere il medico può però ben essere presa dal Consiglio comunale con apposita deliberazione da sottoporsi all'approvazione della autorità tutoria, previo parere del Consiglio provinciale di Sanità. Per i medici condotti che, come Lei, aderirono alla Cassa prima del 1° gennaio 1909, sono valutati come utili tutti gli anni di servizio prestati in Comuni ove esistevano regolamenti speciali per le pensioni. A Lei sarebbero bonificati pertanto tutti gli anni di servizio prestati dal 1894 al 1906, epoca in cui fece adesione alla Cassa di previdenza governativa. In tal caso la pensione sarà liquidata ai termini della legge e ripartita a carico della Cassa e degli enti interessati in ragione dei servizii prestati dal sanitario ed in proporzione dei relativi stipendii.

La pensione comincia a decorrere dal giorno successivo alla cessazione dello stipendio. Con 25 anni di servizio e 50 di età liquiderà la somma di L. 799.

(7359) *Pensioni.* — Dott. A. A. da S. — L'articolo 30 della legge sulla Cassa di previdenza tassativamente dispone che il periodo di servizio interinale, ancorchè seguito da nomina regolare, è calcolato come utile ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione. Gli anni di servizio prestati, come Ella dice, anteriormente al 1908 possono essere valutati se risultano prestati in tempo più remoto, e, cioè, prima del 1° gennaio 1899. Anche versando i relativi contributi arretrati, non si possono riscattare anni di servizio non ammessi dalla legge.

(7361) *Rivaccinazione.* — Dott. A. M. da M. — L'obbligo della vaccinazione e delle rivaccinazioni non compete all'ufficiale sanitario, ma bensì al medico condotto. Se Ella lo ha disimpegnato ha di-

ritto ad uno speciale compenso dal Comune. Sarebbe, però, stato opportuno richiedere il preventivo assenso del Sindaco e della Giunta, senza del quale potrebbe avere un rifiuto e non avrebbe mezzo per agire in via giudiziaria. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8310:

Data la sua abilità, sia pure limitata ai servizii territoriali, ritengo sia inutile insistere per avere l'esonero.

Non è escluso che, richiamato, Ella venga inviato a prestar servizio in una città della zona di guerra.

Ella potrà far domanda di nomina a tenente di complemento, allegando i documenti che ha esercitato professionalmente non meno di 5 anni. La domanda però non potrà esser fatta che dopo avvenuta la sua chiamata in servizio e deve essere diretta al Ministero e presentata alle autorità militari dalle quali dipenderà.

Al dott. V. F. da L. E.:

Le promozioni degli ufficiali di complemento si regolano su quelle degli effettivi, come si è più volte detto.

Ora poichè gli ultimi capitani medici promossi maggiori avevano l'anzianità del gennaio 1915, è chiaro che il turno di promozione a maggiore pei capitani con anzianità pari a quella di suo figlio (8 luglio 1916) è ancora parecchio lontano.

All'abb. n. 4902:

Non esiste alcun decreto luogotenenziale in proposito. Ella può però, data l'anzianità della sua classe, far domanda al Ministero di venir trasferito dal corpo d'armata territoriale presso il quale ora presta servizio ad un corpo d'armata più prossimo alla sua abituale residenza.

Al dott. G. N., zona di guerra:

Non esiste alcuna circolare che disponga nel senso da Lei accennato, ossia concernente l'esonero, dopo almeno un anno di zona d'operazione, degli ufficiali medici condotti unici e degli ufficiali sanitari di zone malariche.

All'abb. n. 4608:

Se risulta che Ella sia idoneo in genere, compiuti i 15 anni di esercizio professionale può far domanda di ottenere il grado di capitano.

Nessuna norma prescrive che con la promozione Ella *debba* venir trasferito, ma un trasferimento è pure possibile.

Al dott. M. C. da F. T.:

La sua chiamata alle armi è possibile, ma non mi sembra probabile. Essendo della classe del 1873 sarà facilmente lasciato nella zona territoriale ed allora potrà esporre il suo *desideratum* al Direttore di Sanità aggiunto.

All'abb. n. 8639:

L'esonero quando è richiesto dalle autorità civili competenti può essere ottenuto anche contro la volontà del titolare: occorrerebbe sennò che egli si dimettesse dall'impiego e tornasse libero professionista. Il grado è ottenibile dopo chiamato alle armi in seguito a presentazione di domanda e dei titoli relativi.

A Lei spetta il grado di capitano. Le mansioni, data la sua classe (1872), saranno probabilmente territoriali.

All'abb. n. 9435:

I medici che si trovano con truppe combattenti hanno diritto alla polizza di assicurazione.

Al dott. B. V. da V.:

Può domandare al Ministero la facoltà di presentarsi al Distretto di Genova anzichè a quello di Palermo, ma non sempre tale concessione vien fatta.

La domanda con i titoli allegati deve essere da Lei presentata soltanto dopo che sarà chiamato alle armi.

Alla domanda in carta da bollo devono, oltre i titoli, essere allegati la fede di nascita, il certificato penale, quello di moralità vidimato dal Prefetto, ecc.

Data l'anzianità della sua classe (1871) è molto probabile che Ella venga assegnato ad un servizio territoriale: può però far domanda di essere inviato in zona di operazioni.

Se verrà mobilitato le spetterà l'indennità di entrata in campagna.

Non vi è, neppure per gli ufficiali anziani, il diritto a scegliere la città di residenza. Non è vietato però farne domanda.

Al dott. F. M. da V. d'O.:

Avendo Ella oltre 15 anni di esercizio professionale le spetta il grado di capitano.

Il grado le verrà conferito dietro sua domanda, che Ella dovrà presentare, allorchè sarà chiamato sotto le armi, all'autorità militare dalla quale dipenderà. Alla domanda dovranno essere allegati i documenti comprovanti i 15 anni di esercizio professionale compiuto.

La destinazione in zona di guerra le verrà assegnata all'atto della sua mobilitazione, ma non si può presumere quale possa essere: non è escluso che Ella possa esser destinato a servizii di prima linea.

I due mesi di stipendio, dopo il richiamo, sono un diritto per gli ufficiali che sono impiegati dello Stato.

Molti Comuni e Consorzi, però, li hanno pure concessi ai propri impiegati.

All'abb. n. 4322:

Occorre richiedere la proroga.

All'abb. n. 2315:

Non vi è alcun diritto da parte dei medici della sua classe (1875) a rimanere a casa.

Per avere il grado di capitano occorrono 15 anni di esercizio professionale compiuti.

Al dott. D. C. L. da F.:

Temo che ci sia poco da sperare in un trasferimento, dato il giudizio del centro neurologico che l'ha tenuto in osservazione e che è quello che vale ora per Lei.

Ella infatti, in ottemperanza a tale giudizio che lo indicava idoneo a prestar servizio in qualche ospedale in località tranquilla, è stato regolarmente inviato sulla Riviera ligure.

Comunque Ella può tentare di chiedere al Mini-

stero della guerra (Dir. Gen. Sanità militare) di esser sottoposto a nuovi accertamenti sanitarii.

All'abb. n. 8399:

Non vi è alcuna acquisizione di diritto a rimanere dopo l'avvicendamento sempre presso ospedali anzichè venir rinviato in prima linea.

I medici inviati a sostituire il titolare in una condotta possono optare per lo stipendio militare o per quello civile.

Alcuni medici della classe 1881 richiesti per servizii civili sono stati concessi.

All'abb. n. 193:

Essendo Ella stato dimesso dal servizio perchè esuberante, molto probabilmente la sua domanda non verrà accettata.

All'abb. n. 8055:

Non è dubbio che le spetti la promozione.

Se la direzione di sanità le ha rimandato il reclamo perchè non si permettono sollecitazioni, ciò significa che la pratica della sua promozione è realmente in corso, ma che ritarda, probabilmente perchè saranno state chieste le prescritte informazioni e pareri all'autorità da cui Ella dipendeva in zona di guerra.

Comunque Ella può star sicuro che pervenutagli la promozione avrà l'anzianità e gli assegni che le spettano.

All'abb. n. 4322:

Nel richiamare gli ufficiali medici dal congedo si considera come anno della classe di leva quello della nascita.

All'abb. n. 1990:

Ella non può esser nominato primo capitano perchè gli ufficiali medici effettivi che hanno la sua stessa anzianità non sono primi capitani.

L'avvicendamento non è ammesso per la Libia, ma avendo Ella trascorso oltre tre anni in colonia, può far domanda di rimpatrio.

All'abb. n. 4458:

Appartenendo Ella alla classe del 1882 non ha diritto all'avvicendamento.

Se è provato che la sua malattia dipende da cause di servizio Ella può, malgrado la temporanea inabilità, ottenere la promozione.

All'abb. n. 4995:

Ella verrà chiamata con precetto del Comando del Distretto da cui dipende: quando, non è possibile precisare, ma presumibilmente presto. Le spetta il grado di capitano anche se non incondizionatamente abile, appartenendo a classe anziana ('76).

Le pratiche per ottenere il grado si debbono esperire a chiamata compiuta. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Il Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti di Roma cerca un assistente medico-chirurgo interino per il reparto otorinolaringoiatrico dell'Ospedale di S. Giacomo.

Per informazioni rivolgersi all'Amministrazione del detto Istituto in Borgo S. Spirito, n. 3.

Dall'Ospedale civile Umberto I di Ancona cercasi assistente libero da servizio militare e della Croce Rossa. Per informazioni scrivere alla Direzione Sanitaria.

ALBO D'ORO.

RICOMPENSE AL VALORE MILITARE.

Il colonnello medico STEFANO SANTUCCI, direttore di Sanità della 3ª armata, ha ricevuto due medaglie, una d'argento e una di bronzo; la prima guadagnata nei due anni di servizio sul Carso e sul Piave, durante i quali, nelle frequenti visite alle linee più avanzate e nei momenti di crisi, si espose ad ogni sorta di pericoli, e diresse il lavoro di sgombero sotto il continuo fuoco che uccideva alcuni ricoverati.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. SPADONI ANGELO, medico condotto di Gemmano (Forlì) ha perduto il diletto figlio ALBERTO, di anni 19, sottotenente di artiglieria da campagna, il 10 giugno 1917, sul Monte Zebio, colpito in fronte da mitraglia austriaca, mentre si spingeva arditamente fuori delle nostre trincee, per eseguire ricognizioni presso i reticolati nemici. Il caduto è stato decorato con medaglia d'argento.

Il dott. Spadoni ha un altro figlio, GIACOMO, tenente di fanteria, unico maschio rimastogli, il quale è stato gravemente ferito all'anca destra durante una nostra azione sull'altipiano di Asiago.

E. M.

Al prof. GALLENGA, ordinario di oculistica nella R. Università di Parma e vice-preside della Facoltà, è pervenuta la straziante notizia della morte del figlio diciannovenne, ufficiale di fanteria, avvenuta durante una traversata dalla Tripolitania, per siluramento del piroscafo, e per nefando imperversare del nemico sui naufraghi. P. P.

MEDICINA SOCIALE.

Previdenze di Stato per l'alimentazione infantile.

In seguito ai comunicati governativi ed ai frammentari articoli comparsi sui giornali politici è opportuno che sia fatta ai medici una esposizione dettagliata sulle origini e sui mezzi posti in pratica da parte dello Stato per garantire ai bambini poveri e ricchi il fabbisogno alimentare minimo dall'inizio del divezzamento fino a tutto il secondo anno di età.

Con questi provvedimenti lo Stato non si sostituisce all'industria privata nel produrre specialità alimentari ed anzi, tenendo conto delle restrizioni imposte dagli approvvigionamenti generali, cerca di aiutare quelle energie industriali che si propongono di mettere in commercio prodotti nazionali di utilità pari a quelli d'importazione straniera.

Due mesi prima che articoli di medici e di cittadini apparissero sui giornali invocando che si provvedesse all'alimentazione infantile, il direttore generale della Sanità Pubblica, commendatore Lutrario, prendeva a cuore l'argomento sia da un punto di vista igienico che da quello sociale ed affidava al prof. Francesco Valagussa lo studio degli alimenti fondamentali che lo Stato avrebbe potuto garantire al bambino fino ai due anni di età.

Ma questo studio ed ogni proposta in merito sarebbe rimasta nel campo della teoria, e perciò sterile, se il Ministero degli approvvigionamenti e consumi non avesse potuto fornire il quantitativo necessario di materie prime indispensabili per la produzione degli alimenti. Il direttore generale dei consumi, comm. Morandi, con larghezza straordinaria di vedute, accogliendo con vero entusiasmo le proposte sommarie che gli vennero fatte, s'impegnava non soltanto di fornire materie prime, ma di cooperare perchè nel più breve tempo possibile dallo studio si passasse all'attuazione pratica delle idee esposte.

Sotto gli auspicî della Direzione generale di Sanità Pubblica e di quella dei Consumi il prof. Valagussa potè compiere il primo lavoro d'orientamento che avea per fine di concretare un programma di previdenza statale a favore del bambino onde assicurare ad esso gli alimenti fondamentali per la sua nutrizione razionale fino ai due anni.

Dopo i primi studi fu costituita una commissione composta del comm. Morandi, del cav. Giordani, e dal dott. Vittadini per il Ministero dei consumi, dai proff. Biginelli e Valagussa e dal cav. Reale per la Direzione generale di Sanità Pubblica, che fissò i tipi di alimenti che lo Stato avrebbe dovuto produrre per i bambini, avendo come fermo principio di non produrre specialità alimentari, ma di fornire alimenti semplici e fra di loro ben distinti, in modo che potessero servire tanto per il bambino sano come per quello malato.

I tipi di alimenti di Stato per i bambini sono sei:

Una farina amido-diastasata pura di cereali da darsi dopo il 7° mese. Questa farina è predigerita in gran parte, in modo da assicurare un alimento facilmente digeribile in quel periodo della vita infantile in cui la ptialina salivare e l'amilasi pancreatica hanno dei poteri di attività ancora deboli.

Un secondo alimento costituito da farina di cereali composta viene a sostituire la farina precedente in quel periodo della vita infantile, in cui i poteri di digestione per gli amidi semplici sono già attivi nel bambino. Questa farina è formata da due cereali: uno ricco in grasso, l'altro ricco in idrati di carbonio.

Come alimento azotato è stato scelto una farina mista di varie leguminose, in modo da ottenere in essa un valore medio di sostanze proteiche di circa il 25 %, ossia si è combinato un alimento plastico di molto superiore all'uovo ed alla carne.

Un altro alimento è dato dalla pastina fatta con farina abburattata al 75 %: ossia da una pastina bianca a tipo unico che elimina le inutili pastine al glutine e che garantisce ai bambini dopo l'anno di età un alimento dinamico per eccellenza e di facile digestione.

Il semolino di riso, altro alimento fornito dallo Stato, si presta molto bene per la facilità con la quale l'arte della cucina può trasformarlo in varie foggie rendendolo gradito al bambino.

Da ultimo si è pensato di garantire un piccolo quantitativo mensile di biscotti speciali, fatti con farina di puro grano e diastasati mediante l'azione dello estratto di malto sulla farina, che oltre ad assecondare il gusto del bambino forniscono, in un piccolo volume e ad un costo basso, un alimento completo di facile digestione e di rapida assimilazione.

Su ogni pacchetto di alimenti vi è una dettagliata istruzione per l'uso di essi e sul modo di prepararli, ne è indicata la composizione e vi è determinato il valore energetico percentuale in modo che il medico possa portare quelle modificazioni che crederà più opportune sulla manipolazione dei differenti prodotti a seconda dei casi.

Si è cercato di dare una granitura piuttosto grossa alle varie farine di cereali, in modo da renderle semolose, e ciò è stato fatto per assecondare il gusto del bambino, che in generale non gradisce le pappe a consistenza collosa.

La coltura, fatta secondo le norme, è più che sufficiente per rendere le farine semolose perfettamente digeribili.

Ogni bambino dopo il 6° mese avrà una speciale tessera. Il sistema della tessera è studiato in modo che ad ogni mese di vita, dal 7° in poi, si succedano quei differenti alimenti che fisiologicamente corrispondono ai poteri di digestione del bambino ed al fabbisogno alimentare di esso. Così quelle madri ignare dei sani principî della dietetica infantile, non potranno, neppure volendo, commettere errori fondamentali, che tanto di frequente turbano il

regolare sviluppo del bambino e che spesso sono la causa delle più gravi malattie dell'apparato digestivo.

Noi siamo certi che la classe medica accoglierà con sincera soddisfazione la messa in opera di questa previdenza sociale studiata ed attuata in circostanze particolarmente difficili, poichè le difficoltà non si limitano agli approvvigionamenti, ma vanno ricercate nella mancanza di mano d'opera, nella deficienza degli imballaggi occorrenti, nella lentezza dei trasporti, ecc., ecc.

Il Ministero dei consumi distribuirà gratuitamente ad enti di beneficenza mille pacchetti al mese dei vari gruppi di farine onde aiutare il più possibile quei bambini poveri che hanno maggior bisogno di una sana dietetica.

Ora che lo Stato ha provveduto ai principali alimenti, si garantirà ben presto al bambino quel quantitativo di zucchero che gli è necessario per il normale accrescimento. I medici sopratutto che sono chiamati a compiere nella società una delle più alte missioni, quella dell'assistenza dei bambini, volgano il loro plauso a S. E. il Presidente del Consiglio, on. Orlando, ed a S. E. l'on. Crespi, poichè il problema dell'alimentazione infantile non è da considerarsi come una semplice pratica di igiene: oggi è un problema politico-sociale che mira a garantire l'avvenire fattivo del Paese e di ciò il Presidente del Consiglio, con la sua rapida percezione intuitiva, se ne rese conto immediatamente e fece in modo che le varie difficoltà che ad ogni passo apparivano venissero subito superate.

Il Ministro degli approvvigionamenti e consumi, on. Crespi, ha facilitato con ogni mezzo l'opera dei corpi tecnici ed ha fatto in modo che le idee e gli studi divenissero in breve un fatto compiuto onde l'Italia durante l'attuale guerra potesse avere il vanto del primato pensando con provvedimenti di Stato alla salvezza del fanciullo di oggi onde garantire alla Patria le energie ricostruttive del domani. P. L.

NOTIZIE DIVERSE

Alla presidenza della Croce Rossa Italiana.

I vice-presidenti generali dell'Associazione, commendatore Bonaldo Stringher, sen. Giuseppe Frascara, sen. Ettore Marchiafava e on. Giovanni Ciraolo, si sono riuniti nella sede dell'Associazione. Dopo analoga deliberazione hanno inviato all'onorevole Presidente del Consiglio e ai membri del Governo il seguente telegramma:

«Compiamo il dovere di portare a conoscenza della E. V. che noi sottoscritti vice-presidenti della Croce Rossa Italiana subito dopo gli estremi onori resi al compianto presidente senatore conte Gian Giacomo Cavazzi della Somaglia, riunitici oggi 20 luglio, considerando che non possa esservi soluzione di continuità nel reggimento dell'Associazione, abbiamo confermato la delega dei poteri presidenziali al collega on. avv. Giovanni Ciraolo, in attesa dei provvedimenti che al Governo del Re piacerà di prendere.

Bonaldo Stringher, Giuseppe Frascara, Ettore Marchiafava».

Vaccinazioni antitifiche gratuite.

A Milano, per iniziativa dell'assessore del riparto igiene e sanità, dott. Luigi Veratti, si è aperta presso l'Ufficio d'igiene una Sezione per la vaccinazione antitifica volontaria gratuita alla cittadinanza.

In tal modo la città di Milano per la prima ha cominciato ad applicare alla popolazione civile questa cura preventiva contro il tifo, cura ormai dimostratasi molto efficace, così da essere adottata dagli eserciti di quasi tutte le nazioni.

Sospensione delle libere docenze.

Un Decr. Luog. n. 765, in data 26 maggio 1918, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 13 giugno 1918, n. 139, dispone che fino a sei mesi dopo la guerra sono sospesi gli articoli della legge sulla istruzione superiore, relativi al conferimento delle libere docenze.

Avranno tuttavia corso le domande di abilitazione presentate anteriormente alla pubblicazione del decreto, quando le rispettive Commissioni siano già state costituite.

Corso per aspiranti medici.

Si è chiuso a Bologna, in questi giorni, presso l'Ospedale militare Berti, il corso per aspiranti medici, diretto dal nostro collaboratore maggiore medico prof. G. M. Piccinini, il quale ha dato prova di zelo infaticabile e di vigilanza oculata eppure paterna.

Grave infortunio.

Il dott. Giuseppe Bagnara da Cordovato (Udine), capitano medico, abitante in Roma, è stato investito da un tram, che gli ha sfracellato la gamba sinistra. I proff. Mazzoni e Crainz, assistiti dai dottori Pasquali e Pilotti, hanno proceduto all'amputazione dell'arto, nell'Ospedale di S. Giovanni.

GIAN GIACOMO CAVAZZI CONTE DELLA SOMAGLIA, di cui demmo l'annuncio della morte nello scorso numero, era nato a Milano il 16 luglio 1869. Discendeva da patrizia famiglia lombarda che in più secoli, dal XIV in poi, diede alla Chiesa dei porporati, alle armi dei capitani, alla politica governatori avveduti e saggi.

Suo padre, Gian Luca, deputato e senatore, fu presidente della C. R. I. dal 1886 sino al 1896, anno della sua morte, e godette meritamente la

fiducia e l'amicizia di Vittorio Emanuele II e di Umberto I.

Gian Giacomo, che dall'adolescenza fu posto a contatto della vita reale, frequentò le scuole pubbliche di Roma e si laureò in giurisprudenza nel nostro Ateneo. Ornato di una bontà umile, dissimulata e forte, entrò a far parte del Comitato centrale della C. R. nel 1897; nel 1900 fu eletto vicepresidente e — alla morte del conte Taverna — nel 1913 fu chiamato per unanime consenso alla presidenza della Associazione «per l'aiuto fraterno a sofferenze fraterne».

E da allora si è prodigato, in un apostolato di bene, per l'istituto ove è significata la parabola umana, iniziata dal dolore e redenta dalla bontà e che ha la gloria delle grandi vittorie, ma non la gloria delle grandi battaglie.

Egli muore nella pienezza della florida virilità, nell'austerità dell'ora sacra ai destini della patria in armi. Forse una esistenza più riposata e tranquilla gli avrebbe risparmiata fine così immatura; ma egli non si dava tregua o riposo. «Quando si combatte a quel modo lassù — ripeteva, e nella frase si compendia tutto un programma di vita, che fu ad un tempo vita vissuta e sacerdozio per lui — noi qui non abbiamo diritto di riposare un istante. È il meno che possiamo fare...». E continuava nell'improbo lavoro coordinatore e direttivo e accorreva, a pena gli era concesso, al fronte a dirigere i servizi. In una di queste spedizioni, colto dal male insidioso, fu costretto a tornare a Roma per porsi a letto, donde non doveva più rialzarsi. Solo chi ha seguìto da presso la sua opera; chi l'ha veduto infaticabile accorrere ai numerosi ospedali in zona di operazioni e territoriali per rendersi conto di tutto, per risolvere le diverse e difficili questioni dell'istituto, può testimoniare l'importanza e la vastità del suo sforzo, può intendere quanta energia e quanta intelligenza siano occorse ad assicurare i conforti di una assistenza che ha germogliato e si è dilatata in una semplice e sublime opera di sacrificio.

Il Conte della Somaglia aveva nella consuetudine quotidiana quella schietta cortesia, quella liberale affabilità, che furono ornamenti del signore di razza, e che ogni giorno, mutandosi il significato della parola dalla signorilità alla ricchezza, si vanno perdendo. Misurato nel gesto, parco di parole, nelle assemblee o nei ritrovi, sapeva distinguersi per la superiorità dell'educazione e la modestia dell'animo: non presumeva di sè, non faceva mai sentire il peso della propria autorità, domandava e ascoltava il consiglio altrui, era — lui patrizio — il più naturalmente democratico di quanti lo circondavano. Eppure tutti comprendevano che aveva un'idea propria, un proposito da saggiare nel confronto e da condurre poi al trionfo; propositi, idee, maturati dal lungo studio e dalla grande esperienza. Il segreto di ogni sua più illuminata attività, il lievito ad ogni più serio successo, lo seppe trarre da sè stesso.

***

La C. R. I., con l'avvento del conte della Somaglia, entrava in un periodo decisivo di affermazione. Egli intese che la C. R. aveva bisogno di cure, intuì che non sempre in pratica corrispondeva alle alte idealità di cui è sostanziata, che occorreva renderla più agile e moderna e portarla a contatto con la vita e fonderla nell'azione con il corpo della sanità militare. In questa opera di riordinamento rifulse l'animo suo vibrante per tutto ciò che è nobiltà di slanci patriottici; nè qui è luogo alla critica, che deve essere l'arte di ammirare, non quella di sminuire. «Il faut désormais — scriveva Chateaubriand — abandonner la critique mesquine des défauts, pour la grande et féconde critique des beautés».

Dal 1911 ad oggi la C. R. ha portato il suo concorso potente in Libia, nei terremoti, nelle epidemie e nella guerra che si combatte da tre anni ha mostrato un alto grado di organizzazione, il suo spirito di sacrificio, la sua forza benefica. Al conte della Somaglia si deve se sono state affrontate e superate queste ardue prove. Egli, che aveva partecipato quale delegato italiano ai Congressi internazionali della C. R. e aveva con coscienza studiate le organizzazioni straniere, poteva nel cinquantenario della Convenzione di Ginevra mostrare in una bella esposizione, che volle e curò in Roma, il felice sviluppo della C. R.

Il conte della Somaglia ebbe nel 1917 il laticlavio, degno riconoscimento dei meriti di un uomo che dedicò l'intera vita alla patria e a un'istituzione che nel dovere silenzioso compie opera grave di civiltà accanto alla guerra; la confortatrice dei dolori, la buona animatrice, il simbolo della dolce umanità. Con devozione di gratitudine, con pietà di ammirazione, con reverenza di dolore, inchiniamoci dinanzi alla sua memoria.

g. b.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione infantile: provvidenze di Stato . . . . *Pag.* 721
Ascesso epatico . . . . » 718
Atti parlamentari . . . . » 718
Chirurgia di guerra: note riassuntive . » 701
Disinfezione di ambienti . . . . » 717
Elioterapia: tecnica . . . . » 715
Epidemia attuale: natura ed eziologia . 713, 714
Ferite d'arma da fuoco della vescica urinaria . . . . *Pag.* 711
Fratture dell'arto inferiore: trattamento » 708
Innesti epidermici in vaste perdite di sostanze . . . . » 707
Insufficienza epatica: metodi di ricerca . » 709
Medici infortunisti: inchiesta . . . . . » 718
Pseudo-fibromi sottocutanei provocati da iniezioni di olii minerali . . . . » 712

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.
724.

Anno XXV. Roma, 4 agosto 1918 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Ghillini: La guarigione della frattura del collo femorale. — **Osservazioni cliniche:** P. Amorosi: Contributo alla casistica dei calcoli salivari. — **Commenti**: A. Amaducci: Come Carlo Forlanini ebbe la prima idea dello pneumotorace terapeutico. — **Riviste sintetiche**: G. Dragotti: Il cocainismo. — **Sunti e Rassegne:** Chirurgia: John Rose Bradford: Sulle ferite da arma da fuoco del torace. — Sifilografia: Lacapère: La reazioue congestiva locale nella cura della sifilide con i composti arsenicali. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Appunti di medicina pratica: Casistica: Esiste una tubercolosi polmonare evolutiva chiusa? — Terapia: Un metodo semplice di trasfusione sanguigna nei casi urgenti. — I sieri glucosati. — Igiene: L'ipoclorito di sodio ottenuto per elettrolisi dall'acqua di mare ed il suo uso sulle navi-ospedale. — **Posta degli abbonati. — Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Albo d'oro. — Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

La guarigione della frattura del collo femorale.

Prof. dott. Cesare Ghillini.

Un problema assai difficile da risolvere era la correzione delle fratture del collo del femore.

Fino ad oggi queste fratture sono state giudicate inguaribili e si sono sempre risolte con la claudicazione degli infermi qualunque ne fosse la forma della lesione intra od extracapsulare. Identica la sindrome; identica la prognosi.

Osservando la letteratura risulta, dagli antichi ai recenti chirurgi, che il fratturato del collo del femore zoppicherà tutta la vita per l'accavallamento dei frammenti.

Il meccanismo di frattura del collo femorale avviene o per caduta sul trocantere, cioè l'effetto dell'urto si esercita secondo l'asse del collo e quindi la rottura avviene per compressione, data la poca lunghezza del collo femorale; ovvero per caduta sui due piedi, cioè l'effetto dell'urto agisce perpendicolarmente all'asse del collo femorale e la rottura avviene per flessione o per taglio.

Molti autori vogliono che questa frattura si produca per trazione e tensione del legamento

di Bertin (cosiddetta frattura da strappamento o lacerazione).

È doloroso il pensare che vi siano ancora taluni che ammettono che le parti molli possano fratturare un osso. Se conoscessero le cifre medie trovate dal Wertheim sulla resistenza per millimetro quadrato alla rottura per

si sono adoperati, escogitando anche una serie numerosa di apparecchi, a togliere tali deformità. L'accorciamento mediante la trazione, la rotazione esterna ruotando l'arto all'interno, e l'adduzione con l'abduzione.

Di quest'ultima posizione si è insistentemente interessato il Withmann.



FIG. 1. — Frattura (endocapsulare) del collo del femore sinistro.
Prima della cura.

trazione in chilogrammi pei diversi tessuti dell'organismo e cioè:

muscoli	0.038
arterie	0.14
vene	0.18
nervi	1.35
tendini	6.25
osso	7.99

correggerebbero subito l'errore.

Non è possibile che un tessuto che ha un coefficiente di rottura superiore venga fratturato da un tessuto di coefficiente inferiore: e quando la frattura di un osso si produce per la trazione di un legamento bisogna ammettere che quell'osso abbia diminuita, per condizioni patologiche, la sua resistenza. Quindi in condizioni fisiologiche è da abbandonare l'ipotesi delle fratture da strappamento.

I sintomi delle fratture del collo del femore sono molto chiari: accorciamento, rotazione esterna e adduzione dell'arto. Tutti i chirurghi

Tutti hanno sempre ottenuto una consolidazione con deformità.

E perchè?

Nessuno ha pensato che, il frammento distale, dato da tutta la diafisi del femore, essendo il paziente in posizione supina — a letto — appoggia sempre in un piano inferiore al frammento centrale, dato dalla testa del femore fissata entro la sua cavità cotiloidea. Allo spostamento in basso (o posteriormente) del frammento inferiore nessun autore ha dato importanza. Dunque ai tre sintomi suaccennati dai chirurgi devesi aggiungere questo dovuto alla posizione che ha il paziente durante il processo di riparazione.

Di questa deformazione io mi sono occupato e ho potuto correggere la lesione ottenendo splendidi risultati. E la guarigione è stata così perfetta che la presentazione delle lastre radiografiche (prima e dopo la cura) al congresso chirurgico tenuto in Bologna nell'aprile 1917 ha sollevato qualche dubbio sull'autenticità delle lastre stesse. Il radiologo, dissi, non fui io:

anzi furono due: il prof. Busi, maggiore medico, e il dott. Zanasi, capitano medico dirigente il gabinetto radiologico dell'ospedale militare principale. Entrambi i radiologi hanno firmate le loro lastre che già esposi al congresso e qui riproduco.



FIG. 2. — Frattura del collo femorale sinistro. *Dopo la cura — Guarigione.*

La prima figura rappresenta la signorina C. Laura, d'anni 13, di Bologna, che riportò la frattura (intracapsulare) del collo femorale sinistro cadendo sul grande trocantere.

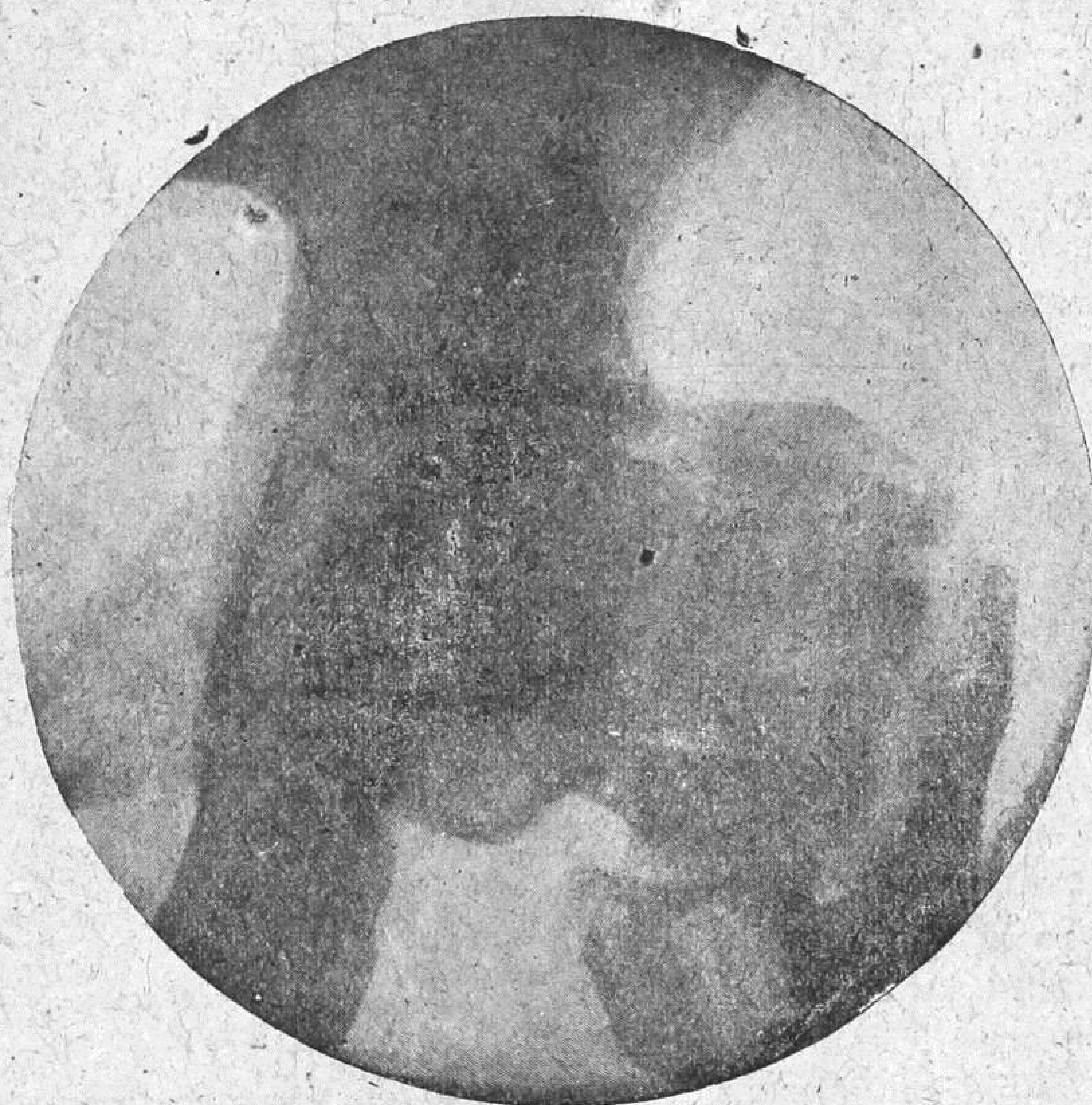


FIG. 3. — Frattura (extracapsulare) del collo del femore destro. *Prima della cura.*

La figura seconda rappresenta lo stesso caso dopo 55 giorni perfettamente corretto.

La figura terza è di un soldato, Z. Secondo, di anni 32, che riportò la frattura (extracapsulare) del collo femorale destro.

La figura quarta rappresenta lo stesso caso dopo 42 giorni perfettamente corretto.

Nessuna importanza ha la divisione di queste fratture in intra ed extra capsulari poichè la sindrome è identica tanto che l'accorciamento dell'arto era in entrambi questi due casi di 4 centimetri.

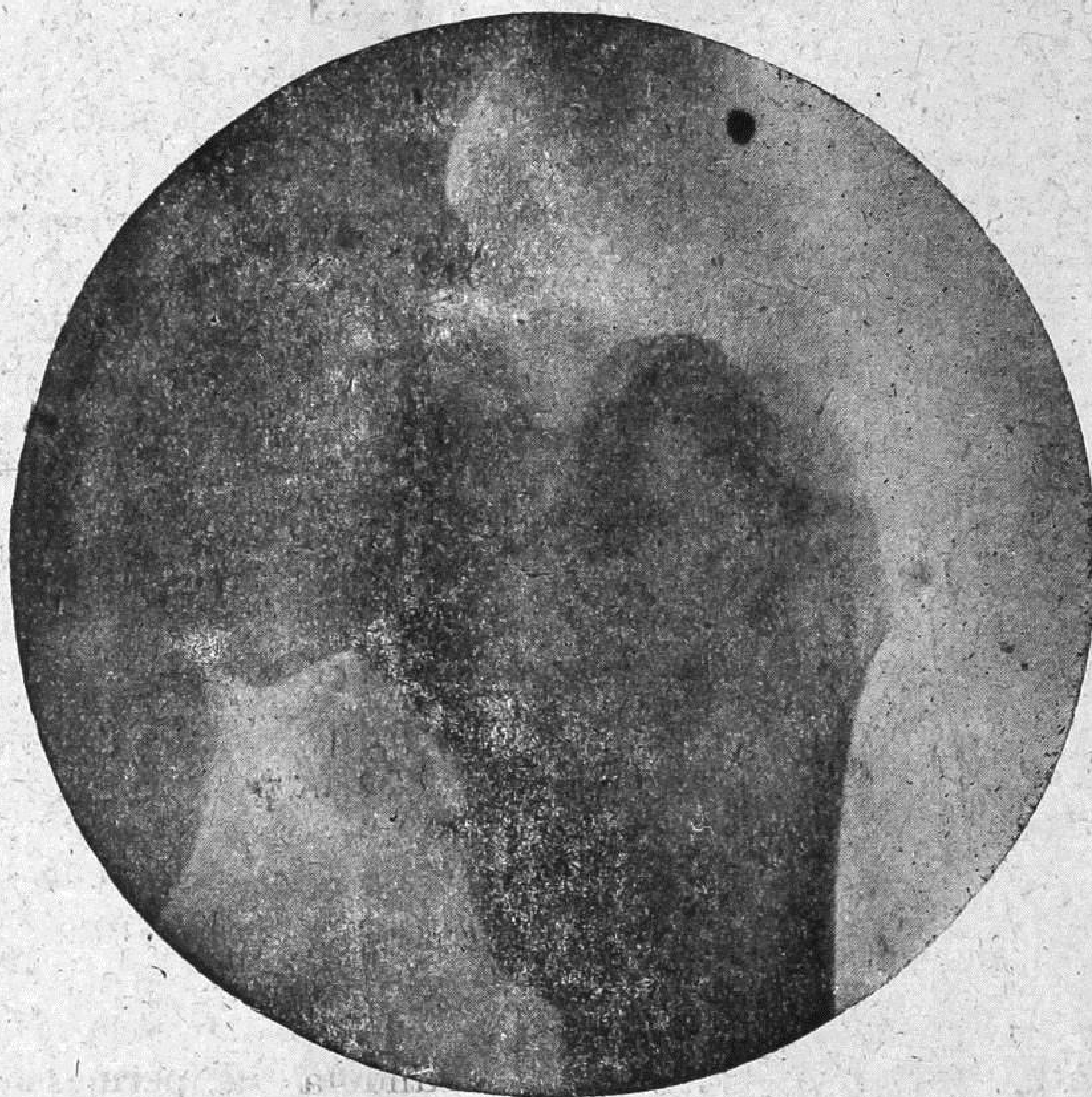


FIG. 4. — Frattura (extracapsulare del collo del femore destro. *Dopo la cura — Guarigione.*

Descrivo il mio metodo curativo: Appoggio il bacino sopra un sostegno. Faccio tenere l'arto per il piede e la gamba per esercitare la trazione. Misuro la distanza, nel lato sano, fra la spina iliaca anteriore superiore e il grande trocantere e la distanza fra questi due punti nel lato malato. Da un assistente mediante una mano sotto la natica malata faccio sollevare il grande trocantere fino a raggiungere la stessa distanza che ha questa dal lato sano. Applico una striscia di cerotto che va da un lato all'altro della coscia e della gamba sorpassando il piede di 10 centimetri e la mantengo aderente all'arto con fascie di garza. Applico quindi un bendaggio di cemento e gesso (1×3) avvolgente il bacino e l'addome fino all'ombelico e la coscia fino al ginocchio. L'assistente che esercita la trazione porta l'arto in abduzione e rotazione interna. Durante la consolidazione del gesso e cemento mi occupo di mantenere l'arto nelle suddette posizioni specie del sollevamento del grande trocantere in modo da far combaciare fra loro i frammenti. Nel primo caso durante queste manovre feci uso dei raggi Röntgen e negli altri casi della semplice misurazione riuscendo sempre a mettere in perfetta posizione il frammento inferiore. Applico l'apparecchio di trazione di Volkmann (con un peso dai 5 ai 10 chilogrammi) mantenendo la staffa fissata al piede in rotazione interna. Per circa 50 giorni faccio tenere l'apparecchio immobilizzante indi pratico la kinesiterapia.

Ho intitolata questa nota « *guarigione* » perchè con tale metodo ho sempre ottenuto la perfetta correzione della frattura. Assai dolorosa dapprima mi riuscì l'osservazione dei chirurgi sulla veridicità delle lastre radiografiche: dolore che si cambiò in gioia al pensiero che i risultati meravigliosi dimostravano la bontà del metodo.

Posso francamente dichiarare di essere stato il primo ad ottenere la guarigione delle fratture del collo femorale che avevano finora prognosi infausta.

Pubblicherò in seguito altri casi che ho tuttora in cura.

Pubblicheremo prossimamente:

G. MORELLI. *Osservazioni cliniche sopra l'attuale epidemia della febbre da pappataci o influenza estiva.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DA CAMPO N. 212.

Contributo alla casistica dei calcoli salivari

per il ten. med. dott. PROSPERO AMOROSI.

La scarsa letteratura sulla calcolosi salivare, il notevole ed unico calcolo estratto, la mancanza di ulcerazione boccale e la sede (a destra) mi hanno indotto a studiare e pubblicare il caso da me operato.

Tutti gli autori riferiscono che frequente è la lesione a sinistra, costante l'ulcerazione boccale e la dentatura guasta, ed in genere numerosi e piccoli sono i calcoli estratti. Di più aggiungo che raro e meno facile è il poter spiegare la formazione delle calcolosi senza che un corpo estraneo ne abbia costituito il nucleo centrale.

Per spiegare la patogenesi dei calcoli salivari si ammettono quattro principali teorie, e cioè: 1° *teoria meccanica*, secondo la quale per una compressione esercitata dall'esterno, da una ghiandola ipertrofica o da un organo vicino, si avrebbe ritenzione salivare e quindi formazione di calcoli; 2° *teoria chimica*, per la quale, come dice il Privat, si avrebbe un deposito dei carbonati e fosfati di calcio e di magnesio — ed io aggiungerei, come nel mio caso — accompagnato da un processo flogistico che dalla superficie della mucosa della bocca si estenda alle vie salivari; 3° *presenza di corpi estranei* quale nucleo della calcolosi (es. steli, paglie, lische di pesce, schegge d'osso), nuclei di *leptothrix* e di *actinomices* secondo le osservazioni di Robert, Majocchi, Moreau ed altri; 4° *teoria microbica*, per cui i microrganismi altererebbero la composizione salivare e la renderebbero in condizioni di depositare i suoi sali. Secondo il Majocchi, Piazza ed altri, ammassi microbici costituirebbero il nucleo del calcolo ed attorno si disporrebbero i sali calcarei della saliva.

L'evoluzione clinica della litiasi sottomascellare comprende due periodi: durante il primo il calcolo non può rivelarsi che sotto forma di coliche intermittenti; nel secondo, ritenuto costante da Schaeffer, vi è una infiammazione secondaria che si manifesta per mezzo di dolori puntorii acuti, di ascessi, di suppurazioni croniche della glandola con fistole e sclerosi glandolare che possono simulare un tumore maligno.

M. Malherbe dice che i calcoli del dotto di Warthon sotto una influenza qualsiasi possono dar luogo a vere coliche salivari. Essi sono causa di ripetuti processi infiammatorii della borsa sierosa sottolinguale «*d'où l'apparence d'une grenouillette aiguë*».

Come dice l'Alexandre, la diagnosi è facile quando l'ammalato ha già emesso altri calcoli, quando esiste una ulcerazione, quando attraverso il dotto di Warthon sia venuto fuori del pus in modo che s'impone un cateterismo di detto canale. Sarà invece difficile la diagnosi allorchè esistono fenomeni infiammatorii così intensi da far pensare ad una periostite o ad un adenoflemmone. Ed ancor più difficile quando, come nel mio caso, non esiste alcun antecedente di litiasi. «*Les seuls signes qui paraissent constants sont la variation du volume de la tumeur, variation se produisant surtout au moment des repas, et la douleur survenant à une stade quelconque de l'affection*».

La radiografia in casi di dubbia diagnosi può essere di grande aiuto (M. Anbourg). Vi è infatti differenza circa la percezione dei calcoli contenuti nel canale di Warthon o nello spessore della glandola; nel primo caso col cateterismo del dotto e con la palpazione combinata attraverso il pavimento boccale si riesce quasi sempre a sentire il corpo estraneo; ma nel secondo caso invece la sola enucleazione della glandola ha permesso di constatare la presenza di uno o più calcoli.

Per la diagnosi ricorderò che la glandola sottomascellare giace sotto il muscolo milo-joideo fra le due lamine dell'aponeurosi cervicale, nello spazio triangolare limitato dal margine inferiore della mandibola e dai due ventri del muscolo digastrico. Il suo condotto escretorio, dotto di Warthon, va sopra la faccia superiore del milo-joideo, fra essa e la mucosa della bocca, all'interno ed innanzi, e termina sboccando ai lati del frenulo della lingua, alla sommità di un piccolo tubercolo con un orifizio (*ostium umbilicale di Bordev*) appena visibile ad occhio nudo.

Riguardo ai fenomeni è da notare che qualche volta l'infermo stesso si accorge della presenza del calcolo in quanto che questo esistendo nel condotto viene spinto innanzi nella muscolatura di esso, in modo che si avverte nella bocca.

Anche Erichsen dice che il calcolo mettendo impedimento all'uscita del fluido salivare, cagiona distensione della glandola, con dolore e sensibilità esaltata, onde si rende difficile la masticazione.

Dopo l'estrazione del calcolo è prudente esaminare con la sonda il fondo della cavità, per

accertarsi se ve ne siano altri; giacchè qualche volta se ne sono trovati parecchi sebbene di piccolo volume (Heyfelder ha estratto 11 calcoletti del dotto di Warthon).

Ed ora passo a descrivere il caso da me operato:

C... E..., soldato del ... fanteria marciante, della classe 1886, entra in reparto il 18 dicembre 1917 con diagnosi di *adeno-flemmone sottomascellare destro* e con temperatura 37°,8.

Anamnesi. — Padre morto di marasma senile, madre vivente e sana, ammogliato senza prole, contadino di Monte Grosso di Asti (provincia Alessandria). Nessuna malattia degna di nota nel passato: non si contagiò mai di lue nè di blenorragia.

Riferisce che sin dall'adolescenza fu sofferente di un ingorgo glandolare nella regione sottomascellare destra, che a volte aumentava di volume, a volte diminuiva, senza però impedirgli la masticazione.

Nel novembre dell'anno 1916 all'ospedale di riserva di Milano gli venne praticato un'incisione perchè la glandola era in parte fusa, e la ferita si mantenne aperta per circa quattro mesi. Dipoi cicatrizzò completamente e non gli diede alcun fastidio fino a 15 giorni prima dell'ingresso nel mio reparto; epoca in cui si avvide che tutta la regione sottomascellare destra andava aumentando di volume provocandogli dolore e lieve elevazione termica.

Esame obiettivo: In corrispondenza della regione sottomascellare destra si nota una tumefazione della grandezza di un mandarino a limiti indefiniti, con edema ed infiltrazione dei tessuti della guancia corrispondente, cute integra e di colorito normale quasi in totalità, meno che in corrispondenza di una cicatrice situata due dita trasverse al di sotto della branca orizzontale della mandibola. In questo punto la cute è lievemente arrossata. Con la palpazione si rileva che detta tumefazione è di consistenza molle pastosa, ed in corrispondenza della cicatrice suddetta è per un piccolo tratto fluttuante. Facendo divaricare la mandibola non si notano tracce di carie dentaria, ed invitando il paziente a sollevare la lingua, si nota una piccola tumefazione lungo il solco linguale destro, di consistenza molle fluttuante.

Operazione. — Somministratogli un purgante oleoso il giorno precedente e fattagli praticare la tricotomia, il 19 dicembre 1917, assistito dal ten. med. dott. Avagnina, sotto narcosi cloroformica praticata dall'aspir. med. dottor Bottura, previa disinfezione locale con tintura jodica, mi accingo all'operazione.

Messo il paziente in posizione supina con la testa rotata a sinistra ed in iperestensione, pratico un'incisione lunga 5 cm. a due dita trasverse al disotto della branca orizzontale della mandibola, parallelamente a questa, interessante cute, connettivo sottocutaneo ed aponeurosi cervicale superficiale. Incisa questa, si dà esito ad una piccola quantità di pus che parte dalla sostanza della ghiandola sottomascellare ivi annidata. Divaricando la ferita nel fare la *toilette* della lesione, avverto con la sonda in profondità una resistenza dura, scabrosa. Ampliata la ferita vien messo a nudo l'angolo di un corpo estraneo di colorito cretaceo completamente rugoso che si diagnostica per un calcolo salivare. Viene perciò subito estratto.



Di poi facendo l'esplorazione combinata tra la ferita chirurgica ed il pavimento della bocca, e confermata la presenza dell'ascesso al palato molle, per via orale si dà esito ad una abbondante raccolta di pus.

La ferita chirurgica trattata asetticamente viene in gran parte suturata. Applicato un drenaggio di garza sterile ad un angolo di essa, si medica asetticamente.

Si prescrivono collutorii con soluzione salicilica al ½ ‰.

Decorso post-operatorio soddisfacente.

Il 5 gennaio 1918 completamente guarito viene sfasciato ed il 16 viene dimesso dall'ospedale.

Il calcolo presenta un diametro longitudinale di 23 mm., trasversale alla base di 16 mm., del peso di 350 centgr., ed ha la forma di un cono il cui vertice era nuotante in quella piccola raccolta purulenta dovuta alla degenerazione della glandola sottomascellare.

La base poi poggiava profondamente sul muscolo milo-joideo e sollevava il pavimento della bocca, determinando l'altra raccolta purulenta che per via orale, come sopra è detto, venne aperta.

Dal ten. farmacista dott. Andrea Contaldi viene esaminato chimicamente il calcolo, che si mostra solubile completamente in acido cloridrico concentrato a caldo con leggera effervescenza, ciò che indica presenza di carbonati.

La ricerca dei fosfati dà esito positivo, mentre negativa riesce la ricerca dei solfati e di sostanze organiche.

Dato il lungo decorso della lesione, la mancanza assoluta di corpi estranei che costituiscano il nucleo centrale, l'assenza di disturbi al paziente, essendo sopravvenuto l'ascesso soltanto negli ultimi giorni per facile penetrazione dei comuni microrganismi attraverso il dotto, ritengo che il calcolo estratto costituito esclusivamente di *carbonati e fosfati di calcio e di magnesio* debba ascriversi ai calcoli formatisi secondo la teoria chimica.

BIBLIOGRAFIA.

PRIVAT. *Les calculs salivaires*, ecc. Bull. gén. de Thérap. Paris, 1848.

FEROCI. *Contribuzione alla storia dei calcoli salivari.* Comment. Clin. di Pisa, 1877.

GREGORINI. *Contributo alla statistica dei calcoli salivari.* Bologna, 1900.

PIAZZA. *Sulla genesi parassitaria dei calcoli salivari.* Policlinico, Sez. chirurgica, 1898.
ROBERT. Union méd. Paris, 1847.
MAJOCCHI. *L'actinomyces in una concrezione del dotto Warthoniano.* Archiv. Scienze Mediche, Torino, 1892.
MOREAU. *Études sur les calculs salivaires du canal de Warthon et de la glande sous-maxillaire.* Paris, 1876.
CH. SCHAEFFER. La Presse médicale, 1906-1907-1909.
G. ALEXANDRE. *Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire.* Revue de Chirurgie, 1906.
ERICHSEN. *Chirurgia.* Vol. II: *Enciclopedia di Patologia chirurgica.* V. Pitha e Billroth.

COMMENTI.

Come Carlo Forlanini ebbe la prima idea dello pneumotorace terapeutico.

Alla Spett. Redazione del *Policlinico*,

Nel n. 27 del pregiato giornale *Il Policlinico*, Sez. pratica, 7 luglio 1918, leggo un articoletto dal titolo « Come Carlo Forlanini ebbe la prima idea dello pneumotorace terapeutico », in cui si dice che la nota del grande maestro pubblicata nel 1882 sulla *Gazzetta degli Ospedali* non ebbe eco alcuna, forse perchè troppo ardita, innovatrice e quasi paradossale.

Debbo invece in omaggio alla giustizia portare a conoscenza dello scrittore dell'articoletto un lavoro dal titolo « Un caso di tisi polmonare migliorato notevolmente dopo l'insorgenza di un pneumotorace » — estratto dal giornale *La Rivista Clinica,* luglio 1884 — del dott. Gino Bianchi, direttore dell'ospedale di Castel San Pietro Emilia ed ora tenente colonnello medico.

In questa pubblicazione, nel discutere di un espediente terapeutico allora del tutto nuovo, e, perchè nuovo, difficile ad entrare nella pratica corrente, cerca di addimostrare che il mezzo terapeutico, pur offrendo il fianco ancora a tante critiche, perchè non sanzionato dall'esperienza e privo della sua spiegazione patogenetica, non deve essere rigettato, ma essere argomento di nuovi studi e nuove applicazioni che valgano a ritrovarne il meccanismo d'azione, e così precisamente si esprime:

« Io certo nello stato attuale della questione « sulla tisi polmonare e sulla sua terapia tro« vandomi innanzi a un caso come quello del « quale ho fatto la storia anche che esistessero « tutte le migliori indicazioni non proporrei « davvero il pneumotorace artificiale, non mica « perchè creda questa pratica irrazionale igno« rando per il momento come in tali casi agi« sca, ma perchè manchiamo pur ora di una « grande serie di tali storie ben raccolte e ben « studiate e non solo dei casi felici, ma anche « degli sfortunati. Allora forse si verrebbe me« glio a conoscenza del come esso pneumoto« race agisca beneficamente, allora si avrebbe « una terapia piuttostochè dedotta dalla pato« logia, indotta direttamente con l'osservazione « clinica e sperimentale.

« Nè questo metodo potrebbe essere accusato « d'empirismo puro perchè quando s'induce « l'indicazione dalla esperienza diretta si segue « l'empirismo razionale, quello che ci deve « guidare alle nostre applicazioni mediche. « Nel caso nostro a qualcosa ci potremo deci« dere quando in proposito ci sarà dato di « avere una ragionata ed esatta statistica, una « profonda ed ampia esperienza clinica. Mi « terrei fortunato se con queste righe potessi « contribuire a dare tale impulso in questione « di tanto interesse pratico ».

Grato se questa mia nota sarà pubblicata per la verità e per la giustizia.

Dev.mo

Dottor ARNALDO AMADUCCI
capitano med. di complemento.

RIVISTE SINTETICHE.

Il cocainismo.

Durante la guerra, non sappiamo se per ragione della guerra, si è molto diffuso il Italia il cocainismo. Quasi ogni giorno la cronaca registra il trasporto all'ospedale di un individuo avvelenato dal delizioso alcaloide o la scoperta da parte della polizia di ritrovi dove le abitudini cocainomani costituiscono il numero preferito dei frequentatori e delle frequentartrici. La cocaina è il veleno voluttuario del giorno. La fredda e feroce ebbrezza che procura questa polvere si accorda con il carattere della vita moderna e più particolarmente con l'atroce crudeltà del momento. La cocaina avvinge e non dà respiro alla bestia umana trasportata dalla vertigine deliziosa ed orribile. Essa fa sentire con una intensità folle i suoni, i colori, gli odori, procura un sentimento della vita portato al suo massimo, fa sentire al loro massimo le sensazioni, come una macchina in cui si sforza il fuoco fino a dare il massimo di velocità.

Il cocainismo cronico, la cocainomania, sono noti da molto tempo in America. In Europa i primi casi si verificarono una trentina di anni fa quando si tentò di trattare la morfinomania mediante iniezioni di cocaina · si sostituì o si aggiunse un'abitudine morbosa all'altra. Tut-

tavia la cocainomania, almeno di solito, non si determina con le iniezioni sottocutanee del tossico, ma mediante l'assorbimento nasale: si contrae l'abitudine di *prendere* la cocaina, come una volta *si prendeva* il tabacco. Sono molto rari i casi di individui divenuti cocainomani in seguito all'uso terapeutico dell'alcaloide: si tratta allora di infermi ai quali si è consigliata la cocaina per curare una rinite cronica o una nevralgia e che avendo sentito un dolce benessere in seguito all'uso della droga hanno continuato ad adoperarla. Nella maggior parte dei casi, però, contrariamente a quanto avviene per la morfinomania nella quale si entra per la via del dolore, l'abitudine cocainica si assume per imitazione: la prima volta in genere la cocaina non si prende per alleviare un dolore fisico, ma solo per imitazione. Gli avvelenati dalla cocaina, come o meglio più dei fumatori di oppio e dei morfinomani, fanno l'apologia della loro droga e cercano adepti. Diventano così cocainomani i deboli, gli avariati, i fantasiosi, coloro che cercano sensazioni nuove, piacevoli, sogni tossici, voluttà ignote, paradisi effimeri. La cocainomia è molto frequente nelle prostitute. Del resto, come per le altre intossicazioni voluttuarie, esiste una predisposizione ereditaria e nervosa: i cocainomani sono spesso dei degenerati.

***

La intossicazione cocainica acuta può aversi sia dopo l'uso terapeutico dell'alcaloide, sia per l'assorbimento volontario senza necessità medica. Essa determina specialmente disturbi cardiaci, circolatorî, respiratorî e nervosi.

I disturbi cardiaci e circolatori sono caratterizzati da pallore della faccia, raffreddamento delle estremità: la cocaina ha un'azione vasocostrittrice evidentemente per eccitazione del simpatico. Il paziente accusa ansia precordiale, dolori analoghi a quelli dell'*angina pectoris*, palpitazioni, ed ha tachicardia, intermittenze, tendenza alle sincopi.

I disturbî respiratorî consistono in dispnea e talvolta in arresto completo della respiratoria.

La fenomenologia nervosa è la più imponente e la più caratteristica. Gli individui in preda ad avvelenamento acuto da cocaina presentano eccitazione cerebrale, loquacità, agitazione: alcuni sono in preda ad ira più o meno violenta, altri piangono. Talora esiste uno stato quasi stuporoso. Le vertigini sono frequenti. Le allucinazioni visive e tattili, comunissime nella forma cronica, possono aversi benchè più raramente con gli stessi caratteri anche nella forma acuta. Talvolta si hanno dei disturbi della sensibilità tattile, che il più delle volte è molto, attutita, e incoordinazione dei movimenti.

Si possono avere anche convulsioni, ed in qualche caso si è constatata una vera epilessia cocainica.

Ai sintomi sopra accennati si possono aggiungere disturbi digestivi (ptialismo seguito da diminuzione della secrezione salivare e secchezza della bocca, e molto raramente vomito e diarrea) e disturbi urinarî (oliguria e talvolta anuria per uno o due giorni). Talora si ha ipertermia.

Il decorso dell'avvelenamento è molto vario. Talvolta si può avere rapidamente la morte; talora il collasso, il coma, lo stato sincopale possono durare parecchie ore, ma l'infermo finisce per ristabilirsi; talaltra il paziente sembra guarito ma persistono per parecchi mesi senso di oppressione, vertigini, tendenza alle sincopi, torpore delle estremità, difficoltà di parola ed inattitudine al lavoro.

Per la cocaina, come per tutti gli altri veleni, le dosi tossiche variano moltissimo. Dall'insieme delle osservazioni di parecchi autori si viene a questa conclusione, che per via gastrica 10 centigrammi possono essere bene tollerati, 40-50 cgr. producono disturbi gravi della circolazione e della respirazione, dosi superiori possono riuscire mortali.

Le mucose e specialmente quelle congestionate assorbono rapidamente la cocaina che in genere è più tossica per questa via che per la via stomacale. È difficile, peraltro, a causa della suscettibilità individuale, dare la dose tossica della cocaina per la via delle mucose. La iniezione sottocutanea di 5 cgr. di cocaina è in genere ben tollerata dagli adulti, le dosi da 5 a 20 cgr. danno di solito dei disturbi più o meno gravi, le dosi superiori a 20 cgr. possono riescire mortali. Le iniezioni sottomucose, come quelle praticate per l'anestesia dentaria, presentano dei pericoli, perciò non bisognerebbe mai oltrepassare la dose di 2 cgr.

***

L'avvelenamento cronico da cocaina, il cocainismo, ha una sintomatologia affatto particolare.

In alcuni individui, che prendono la cocaina per la prima volta, l'effetto è nullo; nella maggior parte dei casi, invece, le prime sensazioni sono dolcissime ed il bisogno del veleno si determina rapidissimamente. Il bisogno è forse al principio meno imperioso per la cocaina che per la morfiina, ma viceversa si sente più presto. Il senso di benessere generale, la gioia di vivere, la vivacità intellettuale, l'aumento dell'energia muscolare prodotte dalla cocaina sono

sensazioni così deliziose che una volta provate riesce difficile rinunciarvi per l'avvenire.

Nel cocainismo cronico le sensazioni di euforia del principio non persistono, ma viceversa si determina un indebolimento delle funzioni psichiche ed una stanchezza generale. La memoria è compromessa, specialmente quella delle date, donde un certo disorientamento nel tempo. I cocainomani sono spesso abulici, indecisi, apatici, incapaci di ogni sforzo. Il loro carattere si altera, diventano tristi, irritabili, perdono la sentimentalità affettiva. Talora questo stato è interrotto da accessi di attività che però passano rapidamente.

Contemporaneamente si ha un indebolimento del senso morale, tanto più accentuato quanto più misere sono le condizioni economiche del soggetto, che per procurarsi il veleno non si arresta dinanzi ad alcuna forma di delitto. In genere si perde ogni senso di proprietà e di convenienza: l'avvelenato non vive che per la cocaina, che è l'unico scopo della sua esistenza.

L'insonnia ed i sogni terrifici analoghi a quelli degli alcoolisti sono molto frequenti.

Spesso nei cocainomani si hanno delle vere psicosi che richiedono l'internamento in manicomio. Le allucinazioni visive sono frequentissime. Sono allucinazioni mobili, polimorfe, megalopsiche ma più spesso micropsiche; talvolta terrifiche, talaltra piacevoli: spesso si ha zoopsia come nel delirio alcoolico.

Anche le allucinazioni uditive sono frequenti: i pazienti odono rumori, voci che parlano della cocaina.

Le allucinazioni del gusto e dell'odorato sono più rare.

I disturbi della sensibilità generale sono molto frequenti. I cocainomani sentono sulla loro pelle muoversi vermi e insetti, o si sentono coperti di acqua calda o fredda, ecc. La sensazione di corpi estranei sulla pelle sembra un sintomo particolare dell'avvelenamento cocainico. Le allucinazioni dei cocainomani sono spesso esaltate nel periodo ipnagogico.

Con l'andare del tempo persistendo la intossicazione le allucinazioni si accentuano, si combinano, ed allora il paziente non le discute più, le accetta come realtà; si ha così la formazione di delirî. La natura e le modalità del delirio pare dipendano dalla costituzione psichica del soggetto. Talora prevalgono idee di persecuzione, talaltra ipocondriache.

Il cocainomane conserva in mezzo alle allucinazioni una certa lucidità di idee e l'orientamento nello spazio e nel tempo; ma spesso sotto la influenza di eccessi di cocaina o di altro genere, o per azione di traumi psichici o di intossicazione alcoolica può manifestarsi un delirio cocainico con confusione mentale allucinato in molto analogo al delirio alcoolico. È appunto durante queste crisi che si verificano quelle scene drammatiche, quegli atti di violenza, quell'agitazione incomposta per la strada o nei luoghi di divertimento che provocano l'intervento della polizia e l'internamento del cocainomane in manicomio. Questi accessi, durante i quali possono aversi anche allucinazioni erotiche, durano in genere qualche o parecchi giorni, ma la convalescenza di regola è molto lunga perchè lo stato generale rimane molto depresso.

Non è raro il caso che nello stesso individuo l'avvelenamento cocainico si aggiunga a quello di altre droghe voluttuarie. Alcuni cocainomani sono nello stesso tempo morfinomani, eteromani, alcoolisti; la sintomatologia diventa allora polimorfa. L'alcool ha una influenza evidente sulle allucinazioni: i cocainomani più allucinati sono molto spesso anche alcoolisti.

Ai sintomi mentali del cocainismo cronico bisogna aggiungere i fatti dipendenti dall'intossicazione generale dell'organismo. I cocainomani sono magri, pallidi, hanno gli occhi incavati. La cocaina produce un'eccitazione generale del ricambio materiale e consecutiva utilizzazione delle sostanze di riserva.

Anche nell'avvelenamento cronico possono aversi convulsioni. Si notano talora tremori alle estremità ed alle labbra. La parola è talvolta disartrica, esplosiva. Il polso è frequente, aritmico. Spesso si ha tendenza alla iperidrosi.

Il cocainomane diventa sessualmente impotente e l'infermo che in genere prima aveva tendenza agli eccessi erotici preferisce l'impotenza alla rinunzia del tossico.

Un sintoma molto caratteristico e speciale degli individui che prendono la cocaina, specie in soluzione mediante tamponamento delle fosse nasali, è la perforazione del setto: si tratta di un'erosione della parte cartilaginea del setto nasale di forma rotonda od ovolare, la quale può raggiungere anche il diametro in un centimetro.

Il complesso sintomatico sopra esposto fa intendere come la prognosi del cocainismo sia generalmente grave. La maggior parte dei cocainomani presto o tardi finiscono al manicomio; alcuni subiscono un progressivo decadimento fisico, intellettuale, morale e sociale; altri soccombono facilmente ad infezioni intercorrenti, parecchi finiscono suicidi.

Nè la soppressione della perniciosa abitudine restituisce sempre agli avvelenati la loro salute; qualche volta può accadere, specie nei predisposti, che le idee di persecuzione, le idee

ipocondriache persistono per un tempo più o meno lungo. Oltre a ciò i cocainomani hanno spesso disturbi viscerali e cardiaci, il cui miglioramento è molto lento. In genere anche coloro che sembrano guariti della loro passione conservano una persistente debolezza fisica e psichica, non ritornano mai quelli che erano prima.

Il cocainismo è pericoloso non solo per l'individuo ma anche per la specie. Marfan, in base a precise osservazioni, ha dimostrato che i cocainomani procreano una prole fisicamente e mentalmente degenerata.

***

Per prevenire la intossicazione acuta da cocaina, nei casi nei quali occorre adoperare questo alcaloide come medicamento, è utile adoperare soluzioni diluite, essendo dimostrato che a parità di peso di sostanza introdotta nell'organismo risultano più velenose le soluzioni concentrate.

Ad avvelenamento verificatosi, nelle forme sincopali è necessario fare sdraiare il paziente orizzontalmente con la testa bassa e praticare la respirazione artificiale. Poichè la cocaina ha un'azione vasocostrittrice gioveranno i vasodilatatorî (nitrato d'amile, trinitrina); tuttavia nei casi gravi a causa della ripercussione secondaria sui vaso-costrittori è consigliabile non ricorrere a tali controveleni.

Nelle forme convulsive Guillaim ha avuto buoni risultati con le inalazioni di cloroformio e di etere, e dal cloralio.

Quando l'avvelenamento è dovuto a cocaina introdotta per la bocca si farà ingerire una soluzione di tannino, che è il migliore antagonista chimico.

Oltre a ciò nelle forme acute si adopereranno come eccitante le iniezioni di caffeina, di etere o di olio canforato.

Il trattamento dell'avvelenamento cronico da cocaina, ossia della cocainomania, consiste essenzialmente nella soppressione del veleno. Ma come si contrae facilmente l'abitudine cocainica, così è altrettanto difficile sopprimerla. Il fatto stesso che l'assorbimento della cocaina non richiede nessuna puntura dolorosa, nè alcun gesto non abituale costituisce un elemento di favore per contrarre con facilità il vizio ed un elemento contrario per vincerlo. Tuttavia la disuassefazione anche brusca e rapida, a differenza di quanto avviene per la morfinomania, non provoca gravi disturbi. La soppressione brusca, quindi, è il metodo di trattamento più consigliabile. Il paziente sarà tenuto a letto qualche giorno: forse egli presenterà una tendenza alle sincopi, una leggera dispnea, ma si tratta sempre di disturbi leggeri che potranno essere facilmente vinti con qualche iniezione eccitante. La soppressione lenta e progressiva è consigliabile solo nei cachettici, nei cardiaci, negli individui con lesioni renali gravi.

La soppressione dell'abitudine cocainica determina un miglioramento rapido dei disturbi mentali, ma il cocainomane, come si è già detto, presenta sempre una spiccata debolezza organica e specialmente del sistema nervoso centrale. La quistione più importante, quindi, e che maggiormente deve interessare la società ed i poteri pubblici è quella della profilassi del cocainismo cronico.

Con ogni mezzo si deve evitare che prenda piede e si diffonda questa passione che potrebbe seriamente minare la razza.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Sulle ferite da arma da fuoco del torace.

(Sir JOHN ROSE BRADFORD. *The British medical Journal*, agosto 1917).

Le osservazioni che B. fa su questo articolo, si riferiscono più specialmente a pazienti feriti da 3-4 giorni fino a circa tre settimane.

Le ferite da arma da fuoco del torace vengono di solito divise in penetranti e non penetranti. Queste ultime possono tuttavia dare lesioni pleuriche e polmonari (pleurite, empiema, infiltrazione emorragica dei polmoni, polmonite o broncopolmonite); in alcuni casi di ferite non penetranti B. ha osservato emottisi di lunga durata. Il polmone contuso e con emorragie nel suo parenchima diviene facilmente sede di lesioni flogistiche, o per infezione diretta, o per propagazione dalla ferita del torace. Talora, per asportazione di un tratto della parete toracica, la cavità pleurica si trova ampiamente aperta, senza che il polmone sia leso o vada incontro a collasso completo.

Le ferite penetranti producono una o più delle seguenti lesioni: enfisema sottocutaneo, emotorace, pneumotorace, lacerazione del polmone. L'emo-pneumotorace può interessare la metà toracica opposta a quella in cui si trova il foro d'ingresso. Ferite di un lato possono causare effetti bilaterali per lo sviluppo di un collasso o di una polmonite controlaterale.

È noto lo sviluppo, talora universale, che può prendere l'enfisema sottocutaneo.

Emotorace. — È una delle più comuni conseguenze delle ferite del torace. Può essere ste-

rile o infetto, e l'infezione essere precoce o tardiva.

I sintomi di un emotorace infetto possono manifestarsi bruscamente in casi decorsi per alcuni giorni come emotoraci sterili: è probabile allora l'esistenza nella cavità pleurica di corpi estranei infetti, frammenti di abito, ecc., rimasti esclusi per mezzo di coaguli dalla massa libera dell'emotorace. In una serie di 450 emotoraci Bradford e Elliott trovarono 117 casi infetti (25 %), nel 20 % dei quali Henry trovò lo pneumococco, il bacillo dell'influenza, il tetrageno; nell'80 % streptococchi, stafilococchi e anaerobi gasogeni. In molti casi l'infezione deriva direttamente per propagazione dalla ferita toracica.

L'infezione è di gran lunga la causa più frequente di morte dei pazienti con emotorace, che sopravvivono ai primi giorni consecutivi alla ferita; così Henry ed Elliott su 100 feriti toracici morti dal 3° giorno alla 3ª settimana, in un solo caso trovarono che la morte dipendeva da emorragia, in tutti gli altri da complicazioni settiche. Anche le emorragie secondarie sono molto rare.

Punti interessanti nell'anatomia patologica dell'emotorace sono: il collasso del polmone, specie del lobo inferiore, è molto notevole, e di solito maggiore di quello osservato nei comuni versamenti pleurici; così pure dicasi del cosidetto enfisema della porzione di polmone soprastante al versamento. Questo notevole collasso non solo renderebbe difficile un'ulteriore emorragia, ma rappresenterebbe anche una protezione contro l'insorgere di complicazioni infiammatorie.

Il sangue dell'emotorace è in gran parte defibrinato: la defibrinazione sarebbe prodotta o favorita dai movimenti impartiti dalla respirazione e dal cuore. Al sangue si aggiunge, anche nei casi sterili, una quantità più o meno grande di essudato pleurico, che può produrre un coagulo secondario (Henry ed Elliott).

Nell'emotorace infetto l'essudato pleurico è di solito più abbondante e con diversi caratteri citologici: un rapido aumento del versamento pleurico è un segno frequente di un'infezione sopraggiunta, dato che l'emorragia secondaria è assai rara. In molti casi infetti non solo si ha una rapida ed abbondante produzione di essudato, ma spesso anche formazione di gas, dovuto alla presenza di anaerobi. Il gas può essere libero nella cavità pleurica, oppure trovarsi fra il livello superiore del liquido e il lobo superiore enfisematico: queste raccolte gassose circoscritte si trovano più spesso nelle regioni laterali o postero-laterali; tale gas ha di solito odore cattivo, trovasi spesso sotto considerevole tensione, e può produrre rapidi e forti spostamenti del cuore. Là dove il gas è libero il quadro clinico è quello di un pneumo o pio-pneumotorace. Nell'emotorace infetto il deposito di fibrina sulla superficie del polmone collabito è più abbondante che nei casi sterili: più si pospone il drenaggio pleurico, più sviluppata sarà l'organizzazione fibrosa di queste membrane, e più incompleta la riespansione del polmone.

L'emotorace bilaterale non è molto raro, e può anche esso essere sterile o infetto, oppure sterile da un lato e infetto dall'altro; può andare associato con emopericardio e pericardite (talora con presenza di gas).

Le *complicazioni* più frequenti dell'emotorace sono: bronchite purulenta, polmonite, pleurite, collasso massivo del polmone, pericardite.

Quanto alla sorgente dell'emorragia non si sa bene se essa risieda più spesso nella ferita della parete toracica o in quella del polmone: è probabile però che nella maggioranza dei casi il sangue dell'emotorace venga dalla lesione polmonare.

In rari casi l'emotorace contiene anche bile, derivata da ferita concomitante del fegato: talora essa vi si trova in grande quantità, senza che per questo esista ittero.

I *sintomi* principali dell'emotorace sono ben noti: la dispnea si attenua di solito rapidamente col riposo, la temperatura non è molto alta.

Nei casi infetti i sintomi sono assai più gravi: la comparsa di un ittero è spesso indice di una sopraggiunta infezione dell'emotorace (specie da germi anaerobi). Il diaframma, dal lato dell'emotorace, trovasi ad un livello più alto che dall'altro lato; il suono skodico al disopra del livello del versamento è più esteso che nei casi di comuni versamenti pleurici. Esistono anche segni fisici analoghi a quelli dell'epatizzazione polmonare.

In alcuni casi di emotorace la metà toracica colpita trovasi retratta e con movimenti molto diminuiti: questi fenomeni insieme con il livello più alto del diaframma sembrano dovuti al collasso polmonare, spesso non in proporzione con la quantità di liquido presente. È probabile che questo, talora enorme, collasso polmonare dipenda da altri fattori che non sia la quantità di sangue versato nella pleura; tale ipotesi è suffragata anche dalla non rara presenza di un pneumotorace controlaterale.

Quanto alla *cura*, B. è d'opinione che, se l'emotorace è sterile e non molto abbondante,

non v'è motivo per alcun intervento; se il versamento è notevole (ottusità fino all'angolo della scapola), il liquido dovrebbe essere rimosso ··· aspirazione verso la fine della 1ª settimana, a meno che l'aspirazione non sia richiesta prima, per l'insorgere di sintomi da compressione. L'aspirazione con sostituzione di ossigeno è migliore dell'aspirazione semplice, e permette il vuotamento completo dell'emotorace. Per scopi pratici non è necessario misurare la pressione endopleurica; basta regolare l'aspirazione del liquido e l'introduzione dell'ossigeno a seconda dell'insorgere o meno di alcuni sintomi. La quantità di ossigeno che si lascia nel cavo pleurico va da 200 a 500 cmc.; esso è riassorbito assai lentamente.

Se l'emotorace s'infetta è necessario drenare, e, quanto prima, tanto meglio, nei casi più gravi al drenaggio può essere unito il metodo d'instillazione d'ipoclorito di sodio secondo Carrel-Dakin, o il lavaggio con liquidi antisettici.

Nei casi con piressia e sintomi generali, che indicano un'infezione dell'emotorace ed in cui tuttavia l'esame batteriologico non rivela presenza di germi nel versamento pleurico, è bene attendere, finchè non si abbiano prove sicure che i sintomi generali dipendano da una infezione dell'emotorace. Se al contrario l'esame batteriologico rivela in questo germi patogeni, senza che per questo si abbiano sintomi generali, è di solito indicato procedere al drenaggio della cavità pleurica.

A. CHIASSERINI.

SIFILOGRAFIA.

La reazione congestiva locale nella cura della sifilide con i composti arsenicali.

(LACAPÈRE. *Presse Médicale*, 1918, n. 27, pag. 247).

Gli esantemi secondarii della sifilide, dopo qualche ora o dopo un giorno da una prima iniezione d'arseno-benzolo, prendono in generale una tinta assai più viva che ne accentua i contorni: si scorgono anzi degli elementi che non erano visibili prima della iniezione. Nei dì successivi l'esantema si decolora nuovamente per disparire poi a grado a grado, talvolta dopo una sola iniezione.

Questa reazione, descritta da Herxheimer per il primo, non è se non la conseguenza di una vaso-dilatazione attiva in corrispondenza degli elementi eruttivi. Per alcuni sarebbe l'esponente della violenza con la quale il treponema è attaccato dall'organismo infetto, la cui resistenza è bruscamente aumentata dal rimedio. Per altri invece sarebbe dovuta alla precipitazione dell'agente terapeutico ed al suo accumulo nei capillari già dilatati ed ingombrati dall'afflusso globulare prodottosi intorno al microrganismo infettante.

Comunque sia, la reazione esiste ed è più evidente dopo la prima iniezione. Ma il fenomeno congestivo locale non è soltanto del periodo secondario, in cui per altro esso è assai più accentuato.

Nel periodo primario il sifiloma si congestiona dopo la prima iniezione e dà luogo, prima di regredire, ad un essudato sieroso abbondante.

Nel periodo tardivo si hanno fenomeni analoghi di cui l'A. porta qualche esempio. In un malato affetto da una gomma cutanea, questa, dopo una prima iniezione di 60 cgr. di arsenobenzolo, si rammollì bruscamente ulcerandosi. In un tabetico con lieve accenno di paresi dell'oculo-motore comune, dopo una iniezione di 20 cgr. di arseno-benzolo, si ebbe, all'indomani, una ptosi unilaterale completa che scomparve soltanto in seguito ad una seconda serie d'iniezioni (reazione congestiva locale in corrispondenza del nucleo del 3° paio).

Quando si praticano delle iniezioni di arsenobenzolo nei tabetici, non è raro osservare nel giorno successivo una crisi di dolori folgoranti (*dolori a fuochi di artificio*), le quali poi si ripetono per un certo tempo anche dopo le successive iniezioni, diventando di mano in mano meno violente sino a scomparire del tutto dopo qualche mese. Ciò, secondo l'A., sarebbe dovuto al fatto che il treponema è insediato nelle radici nervose in modo ben più tenace che non nelle manifestazioni roseoliche della cute, e la reazione locale si produce fino a quando il parassita non è definitivamente scomparso.

Dunque la reazione congestiva locale si verifica dopo ogni iniezione, accentuando le manifestazioni specifiche, sino a quando il treponema ancora è presente, e si attenua a misura che il microrganismo si rarefà nelle manifestazioni stesse.

La congestione locale è così fissa e regolare che si può considerarla come la pietra di paragone della natura specifica di una lesione e può essere assai violenta quando la prima iniezione è fatta con dosi elevate: in questo caso, oltre i fenomeni locali, può aversi febbre alta con cefalea e talora vomito. Può quindi affermarsi che negl'individui nuovi alla medicazione arsenicale la reazione congestiva è in generale in rapporto con le dosi iniettate. Essa dura poco nella roseola: è invece più lunga nelle crisi dolorose che i preparati di arseno-

benzolo provocano nei tabetici. Abitualmente la sua durata non eccede un giorno o due: si presenta in modo brusco e raggiunge il suo massimo all'incirca un giorno dopo l'iniezione.

Se nelle iniezioni successive la dose del rimedio non viene elevata o lo viene solo assai lentamente, la reazione diminuisce ogni volta, sino a diventare rapidamente insensibile. L'attenuazione è rapida nelle sifilidi recenti, più lenta nelle forme antiche, come la tabe.

Se invece da una dose debole si passa di botto a dosi molto più elevate, la reazione congestiva locale può bruscamente accentuarsi.

L'A. conclude che occorre fare ogni sforzo per rendere nullo il fenomeno, specialmente negli individui con lesioni nervose clinicamente apprezzabili o anche latenti, come spesso accade per la meningite secondaria. In questi ultimi casi bisogna incominciare da dosi minime per poi aumentarle assai lentamente.

Quando la reazione congestiva locale si è prodotta e può, a causa della localizzazione, presentare qualche gravità, come nel caso di lesioni cerebrali, cadiache, renali, ecc., occorre tentare di attenuarla il più ch'è possibile. L'adrenalina al millesimo è il mezzo più adatto e quando apparissero fenomeni impressionanti (delirio, obnubilazione intellettuale, aumento notevole della quantità di albumina, ecc.) se ne faranno iniezioni alla dose di un milligramma, che si potranno ripetere anche due o tre volte al giorno nei casi più gravi. Nelle ulteriori iniezioni di arseno-benzolo la stessa adrenalina (1/2-1 milligr.) sarà utilmente somministrata come mezzo preventivo.

V. Montesano.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(Nostri resoconti particolari).

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 31 *maggio* 1918.

Presidenza Barduzzi.

L'obliterazione della cavità nell'empiema cronico totale con innesto di tessuto lipomatoso. Presentazione di un malato guarito.

Prof. Domenico Taddei. — Illustra un caso di empiema cronico fistolizzato conseguente a ferita di palletta di shrapnell del torace sinistro, datante da circa un anno. Date le gravi condizioni del malato, l'O. provvide in primo tempo a togliere il ristagno, allargando la breccia toracotomica fino a renderla declive e corrispondente al seno costo-diaframmatico. Quando l'esame microscopico dell'essudato risultò negativo per la presenza di germi, e cioè dopo un mese e mezzo, introdusse nella cavità un voluminoso lipoma, da pochi momenti estirpato dal sottocutaneo del dorso di una donna, del resto sana. Essendo ricomparsa una lieve suppurazione fu dovuta riaprire la sutura cutanea praticata ed applicare un drenaggio declive. Si ebbe per qualche tempo eliminazione di pus con goccie oleose; ma la porzione del tumore corrispondente alla cupola pleurica, alla doccia vertebrale, alla regione ascellare attecchì. Per obliterare la cavità residuata in basso tra il tumore ed il diaframma, praticò infine dopo 5 mesi una limitata demolizione dello scheletro toracico inferiore. Guarigione completa.

Il metodo è per la prima volta applicato in Italia.

Compasso miografico.

Dott. L. Bellucci. — Presenta un nuovo apparecchio miografico, un *polimiografo*.

Gli ha dato il nome di compasso per la sua forma speciale, essendo costituito da due branche elastiche alla cui estremità vengono fissati i due capi del muscolo e che possono allontanarsi e avvicinarsi tra loro come le branche di un compasso di spessore, in modo da adattarsi alla lunghezza del muscolo senza esercitare su di esso alcuna trazione forzata, del resto misurabile anch'essa con la misurazione del divaricamento delle branche.

L'O. illustra le molteplici applicazioni ed i vantaggi dell'apparecchio e presenta varî tracciati raccolti con esso.

Contributo all'impiego dell'uovo in batteriologia, come mezzo di cultura.

Prof. F. Neri. — L'uovo *in toto* diluito dieci volte con soluzione fisiologica, alcalinizzato convenientemente con carbonato sodico e sottoposto alla digestione pancreatica, viene aggiunto all'agar comune nella proporzione di 1 : 3.

Ne risulta un mezzo di cultura ottimo per una serie di batterî patogeni, e principalmente pel meningococco e pel bacillo difterico.

L'aggiunta di glucosio 1 % è vantaggiosa.

Questo agar-uovo è sufficientemente limpido da permettere l'osservazione delle colonie su piastra.

M.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Esiste una tubercolosi polmonare evolutiva chiusa?

(C. RICHET figlio, *Presse médicale*, 6 sett. 1917).

Il concetto delle tubercolosi chiuse ed aperte è stato stabilito dai chirurghi per le forme ossee e gangliari, e venne in seguito esteso alla tubercolosi polmonare. Appare però affatto illogico il voler estendere al tessuto polmonare i dati anatomici ricavati dalla evoluzione della tubercolosi nelle ossa e nei gangli, tessuti densi, circondati da capsule fibrose in cui un focolaio può impiegare anni prima di aprirsi all'esterno.

Nel polmone, al contrario, costituito da alveoli di estrema sottigliezza, ogni focolaio è in rapporto immediato con l'esterno; la sottigliezza delle pareti alveolari e dei tramezzi interlobulari è tale che, anche per le lesioni affatto incipienti, è impossibile precisare se il punto di partenza sia alveolare o linfatico.

Sembra dunque difficile ammettere che un insieme di granulazioni e di reazioni perigranulari, le quali abbiano, secondo l'espressione dei medici inglesi, *consolidato* il polmone per dare i segni fisici della subottusità e della esagerazione delle vibrazioni, possa rimanere per delle settimane nel tessuto connettivo (che d'altra parte è invaso solo secondariamente) senza mandare dei germogli bacilliferi in qualche canale alveolare.

I dati anatomici depongono, del resto, in favore di questa tesi e si possono agevolmente vedere delle granulazioni miliari di 1 mm. di diametro, circondate da alveoli polmonari infiltrati da elementi bacilliferi, le quali si aprono in un bronco intralobulare; oppure si osservano dei tubercoli miliari, della stessa dimensione, tagliati a picco da diverse cavità alveolari, circoscritte quindi dallo stesso tessuto tubercolare.

Clinicamente, si sono invece volute distinguere le tubercolosi iniziali chiuse da quelle aperte successive, sebbene numerosi tisiologi si siano opposti a questo modo di vedere, che invece si è venuto generalizzando.

L'A. considera soltanto le forme affatto iniziali, in cui si nota subottusità ad un apice, delle vibrazioni appena esagerate, la respirazione o granulosa, o rude, a timbro bronchiale, o diminuita; alla radioscopia una velatura più o meno leggera all'apice, che non si illumina, o solo incompletamente, con la tosse. In tali circostanze, quando, cioè, non vi sono scricchiolii nè rantoli mucosi, la diagnosi è incerta, fra una tubercolosi antica, od una forma in attività. I segni funzionali fanno propendere per l'una o per l'altra forma; la decisione è data solo dalla presenza o dall'assenza dei bacilli di Koch nell'espettorato. Ora, *quasi sempre, per non dire costantemente, nella tubercolosi in attività, per precoce che sia l'esame, si riscontrano dei bacilli.*

L'A. cita quindi parecchi casi per dimostrare che in molti casi, clinicamente incerti, solo con gli esami batterioscopici *ripetuti* si è ottenuto qualche reperto positivo, talora di bacilli assai scarsi (uno per ogni lastra). È dunque necessario procedere ad esami ripetuti ad intervalli abbastanza lunghi; solo in tal modo il risultato negativo può avere il valore di un segno positivo. Sono numerosi i tubercolosi in cui l'espettorato si rileva bacillifero solo al secondo o terzo esame. L'A. riporta le sue osservazioni personali dalle quali si rileva che anche ad una osservazione attenta e prolungata, il primo esame riesce negativo nel 44 %; alcuni (5,5 %) non diedero risultati positivi che al quinto esame.

È poi interessante seguire con gli esami batterioscopici i tubercolosi confermati: l'aumento dei bacilli ha permesso talora di seguire un attacco evolutivo; la diminuzione persistente e progressiva è invece uno dei migliori segni clinici che permette di prevedere un miglioramento della tubercolosi.

La ripetizione degli esami ed il loro risultato costantemente negativo permettono inoltre di eliminare dal gruppo dei tubercolotici attivi un gran numero di individui, a torto, sospettati (almeno il 50 % nella vita militare secondo l'esperienza dell'A.). Si può in tal modo eliminare, con certezza quasi assoluta, i sospetti con espettorato non bacillifero; nè da quando l'A. ha rivolto l'attenzione su questo punto, ha mai veduto le sue osservazioni contraddette dall'osservazione clinica ulteriore. Sono questi sospetti di un nuovo Terrore, ad espettorato costantemente non bacillifero, che costituiscono probabilmente il più gran numero di ammalati guariti rapidamente da questo o quel metodo.

Vi sono dei casi di tubercolosi in probabile evoluzione, senza bacilli nell'espettorato, ma in tali contingenze vi sono delle condizioni speciali che possono spiegare il reperto negativo.

L'insieme di questi fatti permette di arrivare a conclusioni di notevole significato dal punto di vista clinico e sociale:

1° La tubercolosi polmonare in attività è aperta fin dall'inizio;

2° l'espettorato dei tubercolotici iniziali è sempre bacillifero;

3° i tubercolotici sono contagiosi fin dall'inizio della loro malattia. Fil.

TERAPIA.

Un metodo semplice di trasfusione sanguigna nei casi urgenti.

L'uso del citrato di soda, che, come è noto, rende incoagulabile il sangue, ha molto semplificata la pratica della trasfusione del sangue rendendola un'operazione priva quasi di quelle difficoltà e di quei pericoli che prima la facevano poco adoperare. Intanto anche i metodi con il citrato di soda vanno subendo sempre maggiori semplificazioni. Così Chévenard (*La Presse Médicale*, 1918, n. 26) nei casi di estrema urgenza, quando non si hanno a portata di mano gli strumenti per la trasfusione chirurgica, nè gli apparecchi per la trasfusione del sangue citratato e neppure una soluzione titolata di citrato di soda, è ricorso ad un procedimento ancora più semplice e che gli ha dato eccellenti risultati. Si mette nel recipiente destinato a raccogliere il sangue la quantità di citrato necessaria a rendere incoagulabile il sangue, ossia tale che la proporzione tra il sale ed il sangue sia del 3 %; si mettono quindi gr. 1.50 di citrato, poichè la quantità di sangue ordinariamente sufficiente è di gr. 500.

Il sangue si raccoglie direttamente nell'apparecchio che servirà a praticare la iniezione endovenosa: una delle comuni bocce graduate per irrigazione al cui tubo di *caoutchouc* si può innestare un ago per iniezione endovenosa. Il tutto naturalmente bene sterilizzato.

Si fa stendere il datore su un letto vicino a quello del ricettore e con un procedimento analogo a quello del salasso ordinario si incide una vena dell'avambraccio e si raccoglie il sangue nella quantità voluta nell'apparecchio d'iniezione, avendo cura di agitare continuamente per modo che il citrato si dissolva omogeneamente nel sangue. Immediatamente dopo il sangue così raccolto è trasfuso per iniezione endovenosa al recettore. Questa iniezione si pratica generalmente nelle vene della piega del gomito, ma in caso di necessità si presta anche bene la safena esterna a livello del malleolo. Mantenendo l'apparecchio iniettore elevato circa un metro e mezzo dal piano del letto si ottiene una pressione sufficiente per il rapido scolo del liquido nella vena (10 minuti per 500 gr.).

Questo procedimento non richiede anestesia, istrumenti speciali: la tecnica della trasfusione del sangue è così ridotta ad un salasso e ad una iniezione endovenosa. *a. a.*

I sieri glucosati.

I ben noti inconvenienti dei sieri clorurati hanno indotto a sostituirli con quelli glucosati, che sui primi oltre il vantaggio di non essere pericolosi quando fossero presenti lesioni renali, hanno quello di avere anche un'azione nutritiva, diuretica ed antitossica. G. Lyon (*Presse Médicale*, 1918, n. 29) riferisce le formule di questi sieri glucosati che possono essere isotonici, ipertonici e medicamentosi.

I. Sieri isotonici:

a) *Sieri zuccherati puri*:

1.	Glucosio cristallizzato puro .	gr.	47
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
2.	Lattosio c. p.	»	92.5
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
3.	Saccarosio c. p.	»	92.5
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000

b) *Sieri glucosati medicamentosi*:

1.	Glucosio c. p.	»	30-35
	Cloruro di sodio anidro . . .	»	2-4
	Glicerofosfato di soda . . .	»	4-6
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
2.	Glucosio c. p.	»	25
	Bicarbonato di soda	»	7
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
3.	Bromuro di sodio	»	10
	Glucosio c. p.	»	15
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
4.	Teobromina	»	1
	Fosfato trisodico	»	4
	Glucosio c. p.	»	20
	Acqua distillata q. b. per . .	»	500
5.	Caffeina	»	0.50
	Glucosio c. p.	»	20
	Acqua distillata q. b. per . .	»	500

II. Sieri ipertonici:

a) *Sieri zuccherati puri*:

1.	Glucosio c. p.	»	300
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
2.	Lattosio c. p.	»	300
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000
3.	Saccarosio c. p.	»	300
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000

b) *Sieri glucosati medicamentosi*:

1.	Glucosio c. p.	»	150-200
	Cloruro di calcio anidro . . .	»	3-5
	Glicerofosfato di soda . . .	»	5-7
	Acqua distillata q. b. per . .	»	1000

2. Glucosio c. p. . . . . » 100
Bicarbonato di soda . . . . » 30
Acqua distillata q. b. per . . » 1000
3. Teobromina . . . . » 1
Fosfato trisodico . . . . . » 4
Glucosio c. p. . . . . » 120
Acqua distillata q. b. per . . » 500
4. Caffeina . . . . » 0.50
Glucosio c. p. . . . . » 120
Acqua distillata q. b. per . . » 500

Secondo Fleig i sieri isotonici sono indicati quando si richiede un lavaggio del sangue, un'azione disintossicante; quelli ipertonici quando si ha bisogno di provocare una disidratazione abbondante e di ristabilire immediatamente la diuresi. I sieri isotonici si iniettano sotto pelle, quelli ipertonici per via endovenosa (molto lentamente), perchè sottocutaneamente provocano forti dolori ed edema. I sieri glucosati inoltre possono essere introdotti anche per via rettale, dando risultati non meno evidenti. Sottocutaneamente o nelle vene possono essere iniettati 250 cmc. di siero, nei ragazzi 50-100 cmc., secondo l'età.

Le iniezioni di siero zuccherato sono particolarmente raccomandabili nei casi di enterite acuta o cronica dei lattanti quando la denutrizione è rapidissima; nell'atrepsia, nei vomiti ciclici dell'infanzia, nell'acetonemia, nei vomiti incoercibili delle gravide, nei casi d'inanizione dipendente da gravi affezioni alle vie digestive, nel cancro e nella stenosi esofagea, nell'ulcera e nel cancro dello stomaco, nella stenosi pilorica.

Lyon ha impiegato con successo i sieri glucosati per via sottocutanea o rettale nelle forme di ptosi complicata ad astenia ed a disturbi nervosi gravi, nelle forme di neurastenia con insufficienza alimentare.

Come diuretici i sieri zuccherati, specie quelli con teobromina, sono stati adoperati nell'anuria e nell'oliguria dovute a nefriti idropigene.

Giova notare però che la iniezione in tali casi deve essere fatta con precauzione, perchè la brusca elevazione della pressione sanguigna potrebbe provocare accidenti gravi.

L'azione disintossicante e stenica dei sieri glucosati si può sperimentare nelle tossi-infezioni gravi, come l'appendicite, la broncopolmonite, il tifo, la malaria grave, la dissenteria, ecc., negli avvelenamenti da ossido di carbonio, da cloroformio, ecc.

È stato anche suggerito di praticare preventivamente iniezioni di siero glucosato prima delle grandi operazioni addominali, sopratutto per via rettale e con l'aggiunta di adrenalina. Si prevengono così efficacemente non solo gli accidenti cloroformici, ma anche lo *shock* post-operatorio.

Anche nell'eclampsia si sono ottenuti buoni risultati dall'uso dei sieri glucosati. *a. a.*

IGIENE.

L'ipoclorito di sodio ottenuto per elettrolisi dall'acqua di mare ed il suo uso sulle navi-ospedale.

L'*Electrical Review* dà un riassunto (riportato nel *Politecnico*) della relazione fatta dalla Commissione inglese sull'uso dell'ipoclorito di sodio preparato dall'acqua di mare per mezzo dell'elettrolisi a bordo dell'*Aquitania*, nave appartenente alla marina inglese.

L'elettrolizzatore consiste di una cassa rettangolare di quercia o di pino, divisa in 20-25 compartimenti per mezzo di placche di grafite. Viene usata la corrente della nave a 10-110 volt.

Usando come elettrolito l'acqua di mare, con una corrente dell'intensità di 60-75 ampère, bastano 10 minuti, per ottenere una soluzione al 4 ‰ di ipoclorito; in 5 minuti si ha la soluzione al 2-2,7 ‰.

Tali soluzioni vengono usate per la disinfezione dei pavimenti e latrine, diluendole con uguale quantità di acqua. L'efficacia è dimostrata dalla diminuzione di infezioni secondarie nel personale d'assistenza; ottima è l'azione deodorante; quella disinfettante sarebbe maggiore che con i prodotti a base di sostanze fenoliche.

Per sterilizzare l'acqua potabile, si diluisce in modo da avere una soluzione al milionesimo; l'instabilità dell'ipoclorito è tale che in tre o quattro ore, ne scompare ogni traccia.

Per questa instabilità, le soluzioni destinate ad usi chirurgici debbono essere preparate non più di 24-48 ore prima dell'uso. I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(957) *Febbri provocate.* — All'abb. n. 1868:

Mezzi sicuri per la simulazione della febbre non si conoscono. Tutti quelli accennati dall'abbonato sono veramente in uso, ma tutti agiscono in modo indiretto, producendo cioè fenomeni di gastrite talora febbrile, ciò specialmente per quanto riguarda l'ingestione del contenuto di una cartuccia da fucile, che provoca talvolta anche fenomeni itterici simili a quelli dell'ittero picrico. L'ingestione di nicotina dà talora gravissimi fenomeni tossici (deliqui, sudori freddi, tachicardia, irregolarità notevoli di polso), gastrici (vomito, dolori violenti) e anche febbrili.

Altro mezzo adoperato come pirogeno e che ugualmente agisce in modo indiretto con sindrome irritativa gastro-intestinale è l'ingestione del così detto «*pepe bastardo*» che può anch'essa determinare movimenti febbrili.

La diagnosi è talora molto ardua, ma si può sempre pensare ad una forma provocata, quando con l'esame generale si possa escludere una nota forma morbosa, e quando si osservi un rapidissimo ristabilirsi del malato che ha dapprima presentato una tumultuosa, rapida e grave insorgenza di disturbi. A. A.

(958) *Sulla cura della tubercolosi polmonare.* — Al dott. C. B. da B.:

Non è possibile dare una risposta sintetica: non esiste per il medico «la tubercolosi polmonare», ma solo esistono i *malati* di tubercolosi polmonare. Tutti i metodi e tutti gli espedienti, dai più antichi fino ai più recenti, contengono qualche cosa di utile che, volta per volta, caso per caso, possono essere applicati ai varî pazienti; finchè però mancheremo dei rimedî specifici contro le malattie da bacterî, e l'opera del medico dovrà rivolgersi ad aiutare a guarire, taluno parlerà forse di metodi di cura, ma la parte più irrazionale della sua terapia sarà precisamente il «*metodo*». *t. p.*

(959) Al dott. Z. G. da S. P. in V. consigliamo:

NEISSER e JADASSOHN: *Malattie della pelle.* Traduzione italiana con note ed aggiunte. — Società Dante Alighieri, Roma-Milano.

G. VERROTTI: *Patologia e terapia delle malattie veneree (sifilide esclusa).* — Idelson, ed., Napoli.

BALZER: *Maladies vénériennes.* — Baillière et fils, Parigi.

AUDRY, DURAND et NICOLLE: *Traitement des maladies cutanées et vénériennes.* — Baillière et fils, Parigi.

H. GOUGEROT: *La dermatologie en clientèle.* — A. Maloine ed., Parigi.

ID.: *La syphilis en clientèle.* — A. Maloine ed., Parigi. V. M.

(960) All'abb. n. 7859:

I principali giornali di psichiatria e neuropatologia chè si pubblicano ora in Italia sono:

I *Quaderni di Psichiatria,* diretti dal professore E. Morselli - Genova.

La *Rivista di Patologia mentale e nervosa,* diretta dai proff. Tanzi e Lugaro - Firenze.

Gli *Annali di Nevrologia,* diretti dal professore L. Bianchi - Napoli.

La *Rivista Italiana di Neuropatologia e Psichiatria,* diretta dal prof. D'Abundo - Catania. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. TAMBURINI, G. C. FERRARI, G. ANTONINI. *L'assistenza degli alienati in Italia e nella varie nazioni.* — Prezzo L. 28. Unione Tipografico-editrice Torinese.

Non è possibile dire nel breve spazio concesso ad un cenno bibliografico tutta la importanza e tutti i pregi di questo lavoro poderoso, di questa opera che è la prima ed unica veramente completa su l'argomento. Il titolo del libro potrebbe far credere trattarsi di un'arida descrizione di manicomi e di case di salute, ma già sfogliando le prime pagine si rileva quale è veramente il contenuto e l'intento dell'opera. Il libro si inizia con una dotta ed interessante trattazione sulla pazzia e sull'assistenza degli alienati nelle varie epoche e nell'evoluzione della civiltà. Nel secondo capitolo si ha un'abbondante descrizione dell'assistenza manicomiale degli alienati nelle varie regioni d'Italia e nelle varie epoche, e qui gli autori trovano modo di fare la storia della scuola psichiatrica italiana, di dire dell'enorme contributo che gli alienisti d'Italia hanno dato allo sviluppo della tecnica manicomiale, che è un puro riflesso del progresso scientifico.

Nel terzo capitolo è data la descrizione degli istituti manicomiali nelle varie nazioni estere, e qui gli autori espongono chiaramente in quali punti noi non abbiamo ancora raggiunto gli stranieri ed in quali altri li abbiamo sorpassati. Nei capitoli seguenti sono indicate le norme per la costruzione e la organizzazione dei manicomi, e sono ampiamente trattate l'assistenza familiare degli alienati, le colonie familiari, l'assistenza dei deficienti, epilettici, alcoolisti, pellagrosi, nevropatici, delinquenti minorenni e bassi criminali. Un capitolo speciale è dedicato all'assistenza degli alienati nell'esercito, argomento che nel momento attuale ha un particolare e palpitante interesse.

Abbiamo dovuto limitarci a dare un quadro generale del libro, ma esso è appena sufficiente a dare una idea del valore e della importanza dell'opera, che per i criterî con i quali è condotta, per la messe di notizie raccolte, per la originalità delle vedute fa veramente onore alla scienza italiana. DR.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le dimissioni del prof. Silvagni.

In uno degli ultimi numeri abbiamo espresso il nostro spassionato e franco convincimento sulla elezione del rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità. Ritenevamo dovesse chiudersi così la questione. Ma lettere di vario genere e di vario senso pervenuteci da parecchi colleghi ci hanno convinto ch'era impossibile arrestare le correnti vivaci che si erano formate. Questo movimento avrebbe inevitabilmente condotto a discussioni personali. Poichè noi questioni personali in ciò non abbiamo visto, non vediamo e non vogliamo vedere, ci decidiamo a tornare sull'argomento per scendere da considerazioni di merito a risoluzioni pratiche.

In verità ci spinge anche più ad esprimere il nostro libero giudizio la lettera di dimissioni con cui la Giunta del Consiglio federale dell'Ordine dei medici si dimette per solidarietà col suo presidente. Per una logica dello stesso genere c'è da attendersi che l'intero Consiglio federale segua l'esempio.

Tutto questo risentimento dei dirigenti degli Ordini dei medici nessuno lo giudicherà opportuno nel momento politico attuale. Da quali divergenze sostanziali è provocata la crisi; su quali programmi si imperniérebbe la lotta?

Lasciamo stare l'opportunità: vien proprio voglia di chiedersi se siano *giustificate* le dimissioni del presidente Silvagni e dei colleghi di Giunta.

La giustificazione può risiedere in cause non palesi al pubblico: e allora i medici avrebbero diritto che fossero ad essi esposte.

La giustificazione sarebbe piena se il nuovo rappresentante degli Ordini non conoscesse o non apprezzasse o non fosse in grado di sostenere le ragioni e i diritti della classe medica in seno al Consiglio superiore di Sanità. Ma il Simonetta, per la sua posizione indipendente, per la larghezza delle vedute, per le benemerenze verso i medici, per la pratica dei consessi amministrativi, per la simpatia generale che lo circonda, è una delle persone più adatte (non diciamo la più adatta) per l'alto ufficio di cui la recente elezione lo ha investito. Il nostro non è apprezzamento personale: viene, più che appoggiato, suffragato dal fatto che la parte più progressista, più avanzata dei medici, cioè i medici condotti, ne ha apertamente propugnata la candidatura nella votazione di ballottaggio. Le idee del Simonetta, per quanto è noto, non sono diverse da quelle degli Ordini nè da quelle dal presente Consiglio Federale manifestate.

Motivi ben diversi adduce il Silvagni per spiegare le sue dimissioni da presidente degli Ordini dei medici: ne fa questione di amor proprio, di coerenza, di disciplina. Egli ragiona così: poichè gli Ordini non hanno eletto il loro presidente a rappresentante nel Consiglio di Sanità, significa che non ne approvano le idee o le opere, significa almeno che sono indisciplinati: la dignità del presidente è lesa, ei deve andarsene. Perciò il Silvagni ha sentito il dovere di rassegnare le proprie dimissioni.

Se come scatto d'amor proprio le dimissioni rappresentano un atto giustificato, e forse plausibile, ci sembra altrettanto debole e anzi fallace il ragionamento.

Infatti le due supreme cariche degli Ordini, il presidente e il rappresentante nel Consiglio superiore di Sanità, sono distinte (e forse richiedono attitudini diverse). Aveva diritto il *presidente* di mettere la sua candidatura all'altro ufficio, conservando il proprio? avevano diritto la Giunta del Consiglio Federale e il Consiglio Federale a erigersi e a funzionare come Comitato elettorale per la candidatura del loro presidente? Se diritto non c'è, non sarà colpa degli Ordini il non avere ciecamente ubbidito.

Ma lasciamo la questione di diritto: è decoroso, è rispettoso, è riguardoso per gli Ordini un tale contegno del Presidente e dei colleghi di Consiglio?

Non sono rari gli esempi di autocrazia negli uomini di parte democratica. Non vogliamo accusare nè condannare nessuno: è stato un puro errore di formalismo elettorale. Ci chiediamo solo: vi fu peccato di prepotenza in chi dirigeva o vi fu indisciplina in chi aveva libero diritto di voto? Forse ogni ente ha agito nell'interesse generale e senza preoccuparsi dei rapporti reciproci con l'altro. I medici non hanno inteso con il loro voto giudicare (quindi nè esaltare nè condannare) il proprio presidente: hanno votato *soltanto* per la persona che nel momento attuale pareva meglio indicata a rappresentarli e a sostenerli nel Consiglio superiore di Sanità.

Se nella realtà delle cose il presidente degli Ordini non è entrato — e non doveva entrare — in causa nella elezione del rappresentante degli Ordini nel Consiglio di Sanità, quale effettiva positiva ragione ha il Silvagni di dimettersi?

Egli, insieme con il Consiglio Federale che lo circonda, ha dato buona prova di interessamento, di alti sensi, di capacità nel dirigere e promuovere il lavoro della classe medica.

La questione del suo amor proprio troverà il suo degno posto alla prima seduta dei rappresentanti degli Ordini, facendo la relazione dell'opera svolta: il presidente e il Consiglio potranno chiedere — previa discussione — un voto esplicito, aperto. Non turbi ora la efficace, bella, patriottica opera sua con puntigli personali.

La classe medica gli sarà grata del sacrificio. Accetti volentieri ora di cooperare, insieme con il nuovo rappresentante nel Consiglio di Sanità, per il benessere della classe medica. La persona di questo rappresentante è non meno degna e non meno premurosa propugnatrice di progresso sociale.

Pensi chi deve e chi può — *forse tocca al Consiglio Federale* — a formulare voti, e ad ottenere che tutte le dimissioni siano ritirate, e ognuno tenga meritamente e onorevolmente il suo posto.

Un'onda di patriottico ardore arrechi la concordia preziosa degli animi e assicuri, nella comunanza esistente degli intenti, una collaborazione sincera e forte in pro dell'avvenire igienico e sanitario del paese e della elevazione della classe medica.

La sospensione delle libere docenze.

Nel preparare il Decr. Luogot. di cui abbiamo dato notizia nel fascicolo scorso, il ministro della pubblica istruzione è stato certamente guidato dal proposito di evitare che vengano a costituirsi e ad affermarsi condizioni di favore e di privilegio per i medici che non partecipano alla vita militare.

Questi colleghi trovano oggi opportunità di studio ben maggiori di quante ne abbiano i colleghi sotto le armi. Corrispondentemente maggiori sono per essi le probabilità di conseguire la libera docenza, titolo che in un prossimo avvenire li metterebbe in una posizione vantaggiosa per la conquista dei posti vacanti.

I motivi che avevano già indotto ad abolire in tempo di guerra i concorsi — impedire cioè che i posti a concorso fossero usurpati dai colleghi rimasti nella vita civile, i quali poi difficilmente se ne sarebbero lasciati rimuovere — portano oggi a sospendere le abilitazioni all'insegnamento libero.

Si obbietterà che il provvedimento avrebbe dovuto essere adottato, se mai, all'inizio della guerra, come è stato fatto per i concorsi. Un provvedimento tardivo viene a creare un duplice stato di diritto durante il lungo periodo della guerra. Ma la improvvisa soppressione si spiega con il numero grande (eccessivo?) di docenze concesse nell'ultimo periodo.

D'altra parte, il provvedimento si giustifica pienamente dal punto di vista dell'interesse generale e per quanto alcuni interessi personali risultino temporaneamente lesi. La circostanza di avere tardato tanto tempo ad attuarlo, non legittimerebbe di rinunziare ad attuarlo.

Un primo passo diretto a disciplinare ed a limitare il conseguimento della docenza in periodo di guerra si era già compiuto quando venne stabilito che il titolo doveva datare da tre anni almeno per conferire il diritto all'avanzamento di un grado nella gerarchia militare: così venne chiusa una comoda via di ascensione nella carriera ai privilegiati che potevano consentirsi il lusso di prepararsi alla docenza.

Oggi si compie un passo in avanti, abolendo addirittura le nuove docenze, per ragioni estranee alla carriera militare ma pur sempre in dipendenza della vita militare.

Quale oggi è divenuta, la libera docenza non ha più lo scopo dell'insegnamento. Se così fosse, nella facoltà medica i liberi docenti sarebbero in forte eccedenza sul numero degli allievi: basti dire che, secondo la statistica raccolta dal Guerrieri, nel quinquennio 1912-916 furono rilasciate 757 abilitazioni alla libera docenza. Questa vale invece a conferire un titolo professionale: difatti la qualifica di professore universitario che i liberi docenti si attribuiscono, è circondata da molto prestigio presso il pubblico. Essa vale sovratutto a sanzionare la specializzazione professionale, dacchè non esiste un titolo ufficiale di specializzazione.

Presenta però non pochi inconvenienti: principale quello di costringere all'insegnamento: ne deriva la necessità di racimolare firme più o meno fittizie, con mezzi più o meno corretti, compreso il «comparaggio» con i bidelli; il titolo dà, insomma, parecchie beghe a chi ne è fornito, se egli, trascorsi cinque anni, non vuol decadere legalmente dal diritto di portarlo.

Altro inconveniente grave è la facilità con cui la docenza può essere conseguita, tanto che è venuta sempre più svalutandosi. Fin'oggi il medico che non voleva non era libero docente; se il candidato incontrava qualche difficoltà a Roma, si recava in altra Università o viceversa: bastava spendere alcune centinaia di lire e impegnare qualche mese nella elaborazione di una tesi, per raggiungere la mèta.

Pur rilevando queste mende, non oseremmo condannare *sic et simpliciter* l'istituto della libera docenza, nè approveremmo che venisse pregiudicato.

Noi odiamo ogni misura coercitiva, ogni limitazione al progresso singolo o collettivo. Le libere docenze sono molte, moltissime presso le Facoltà; ma rappresentano il mezzo più degno e più serio perchè un medico dimostri la sua competenza in un ramo, perchè abbia modo di specializzarsi. Laddove basterebbe il solo suo libito di chiamarsi *specialista* nel tale o tal'altro ramo, il medico italiano si sobbarca alla fatica e alla spesa di una libera docenza. Inoltre le libere docenze costituiscono un mezzo efficace di elevazione intellettuale e colturale. Motivi ragionevoli consigliano di sospenderle temporaneamente.

Sopportiamo — e sopportino i medici — anche questa privazione di guerra. Ma si valga del tempo il ministro per provvedere a risolvere il problema fondamentale. Perchè non disciplinare il modo di ottenere il titolo di *medico specializzato*, da conferire, con criteri uniformi da Commissioni centrali? E al tempo stesso perchè non rimettere nel suo valore e nel suo prestigio la libera docenza, facendone un vero titolo di studio e d'insegnamento?

Si tratta di una questione grave, che va ripresa ed affrontata decisamente, per risolverla prima che la guerra termini, con larghezza di vedute.

Per l'indennità caro-viveri ai medici condotti.

Riceviamo e pubblichiamo:

Bologna, 29 luglio 1918.

Onorevole Redazione del *Policlinico*,

Leggo nella «Sezione Pratica» del *Policlinico*, in data 21 luglio, le due lettere dell'abbonato 1575 e del dott. L. C. abbonato 4793. Entrambi i colleghi si lamentano che la indennità caro-viveri non sia stata assicurata ai medici condotti così come è avvenuto per gli impiegati dello Stato, e l'uno e l'altro credono che le nostre Organizzazioni siano rimaste inerti innanzi alla necessità del provvedimento che essi invocano.

Ora conviene dire che se l'opera fu infruttuosa, l'inerzia non vi fu. A parte ciò che hanno fatto l'Associazione dei medici condotti e gli Ordini sin-

golarmente, la Federazione degli Ordini dei medici si occupò subito della questione. Io ebbi un lungo colloquio col ministro Nitti, ma non riuscii, come non riuscirono altre nostre rappresentanze, a convincerlo della necessità di rendere obbligatoria per i Comuni e per le Opere Pie la stessa indennità concessa dallo Stato. Il ministro oppose una questione di principio, la autonomia comunale, e obiezioni particolari sulle condizioni finanziarie dei Comuni stessi, delle Opere Pie, e altre ragioni che non mi parvero del tutto giuste, ma che io ribattei invano. La conclusione del colloquio fu quale dissi: nessun impegno di obbligare i Comuni e le Opere Pie alla indennità.

Coi migliori ossequi

Dev.mo LUIGI SILVAGNI.

In tema di avanzamenti.

Riceviamo e pubblichiamo:

Pangloss carissimo,

la prosa del tuo ultimo articolo conteneva cose molte giuste ma espresse in forma eccessivamente dolce. Tu sei troppo misurato, e chi legge solo il tuo misterioso Rabeliano pseudonimo non capisce come il richiamo a tanti saldi principii di equità e di giustizia debba esser fatto in una forma letteraria sì benevola e sì melliflua.

Monna censura anche ha le sue bilancie e permetterà di certo che una classe di persone rispettabilissime rivolga questa domanda a chi deve ascoltarla:

Che cosa abbiamo fatto di male per esser trattati così?

E pur la maggior parte di noi hanno fatto la Scuola di Firenze, sono stati *anni* in zona di guerra, hanno curato colerosi, tifosi, migliaia di feriti, di malati d'ogni genere, hanno fatto i medici dei corpi, dei distretti, delle leve, e che più? E aspettiamo con giobbica pazienza che gli effettivi della nostra anzianità di grado sieno promossi per poterli seguire!

Questi effettivi (parlo dei giovanissimi) che possono essere i nostri figli e che per ora nulla hanno perduto ma tutto guadagnato! Tutte le restrizioni, tutti i vecchi e muffiti regolamenti debbono esser là per danneggiar noi che abbiamo il solo torto di saper curare i malati e i feriti e d'esser perciò adibiti solamente ad una funzione che fin qui non è di certo stata la più brillante e la più apprezzata.

Non dico che tutti, perchè anziani, debbono diventar ufficiali superiori, ma, via, fate una cernita, vedete chi si è distinto, chi si è reso veramente utile e date a cotesti le soddisfazioni che meritano e non vi appellate a regolamenti vecchi e intempestivi che negano il premio a chi ne ha diritto.

Che sia la mia la solita *vox clamantis in deserto?* Brunelli ha dimenticato d'esser il Presidente dei medici condotti, e forse perchè questi non sono tutti suoi elettori fa interpellanze per i ferrovieri. I deputati medici? Dormono tutti. Il solo che si ricordi di noi è Colajanni che per la mania di dir male di tutti se l'è presa anche con i suoi vecchi colleghi.

Speriamo nella Rappresentanza parlamentare di classe e allora ci vendicheremo.

Saluti e speranze.

Un capitano medico
medico condotto, ecc. ecc.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7362) *Revoca di esonero per medici condotti.* — Dott. V. R. da A. — Non possiamo conoscere la ragione per cui il Prefetto di codesta Provincia ha chieste le notizie indicate a riguardo di coloro che esercitano le funzioni di medico condotto. Può ben darsi che dette notizie abbisognino per causa diversa da quella da Lei supposta. I criterii per la revoca della dispensa di cui ora godono taluni medici condotti sono in linea di massima prestabiliti in riguardo alla indispensabilità ed insostituibilità tenuto conto della specalità del servizio, della entità della popolazione, della coesistenza di altri sanitarii, del numero degli ammalati e delle condizioni profilattiche e sanitarie locali. Sono, inoltre, revocate tutte le dispense e gli esoneri concessi ai medici che non abbiano prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra. La domanda ed i documenti occorrenti per lo esonero debbono essere presentati al Prefetto, presidente della Commissione provinciale. A nostro modo di vedere il servizio che si presta in tre diversi Comuni potrebbe costituire elemento per stabilire la insostituibilità e la indispensabilità del sanitario.

(7363) *Trattamento economico dei medici condotti appartenenti a Comuni invasi.* — Dott. U. S. da R. — Perchè il medico condotto appartenente a Comune invaso possa usufruire del trattamento economico stabilito dall'articolo 11 del D. L. del 20 gennaio ultimo, n. 30, è necessario che egli seguiti a prestar servizio nello interesse del Comune cui apparteneva o che, accettando altra occupazione, ottenga il preventivo assenso del Prefetto o del Commissario prefettizio. Poichè Ella ha ottenuta la nomina ad ufficiale medico del R. Esercito, non rispondendo ai predetti requisiti, non ha diritto allo stipendio che precedentemente percepiva.

(7364) *Pagamento di prestazioni professionali.* — Dott. R. C. da M. — Colui che invita il sanitario a recarsi in determinato posto per prestazione professionale ad infermo diventa responsabile verso di lui per il relativo pagamento, in modo da poter essere compulsato anche giudiziariamente. Ella, infatti, senza l'intervento e la intromissione di lui non si sarebbe mosso nè avrebbe proceduto all'atto operativo, che è rimasto finora senza compenso. Potrebbe, pertanto, citare a comparire dinanzi al Conciliatore od al Pretore, a seconda del valore della prestazione, il nipote dello infermo che lo invitò allo intervento, specie se tale invito fu fatto in nome proprio.

(7365) *Pensioni.* — Dott. G. D'A. da M. di S. — Potrà liquidare la pensione con 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio il 1° luglio 1921, e 52 anni

di età. L'ammontare di essa sarà di lire 841 annue. I sedici mesi di servizio prestati nella qualità di ufficiale sanitario non vengono calcolati perchè la legge sulla Cassa di previdenza fu estesa a tale categoria di medici in epoca molto posteriore al 1898, e, cioè, nel 1904. Le pensioni aumentano sempre in funzione degli anni di servizio e di età, che conta il medico all'atto del collocamento a riposo. La pensione stessa è riversibile alla vedova in concorso con gli orfani minorenni. In mancanza della vedova essa spetta per intero agli orfani minorenni. La vedova e gli orfani hanno diritto alla metà della pensione che sarebbe spettata o che fu conferita al sanitario. Lasciando il servizio nelle attuali condizioni non avrebbe diritto alla pensione, ma bensì alla indennità stabilita dall'art. 21 della legge, liquidata in base ai due terzi del valore capitale della pensione teorica ottenuto mediante l'applicazione delle tabelle *A* e *B*, cioè a lire 5134.46. Per ottenere la pensione occorre produrre la domanda all'Ufficio sanitario della Provincia.

(7366) *Professione chimico-farmacista.* — Dott. A. S. da N. — Per assumere il titolo di *chimico-farmacista* non basta il solo diploma di farmacia, ma occorre anche quello ottenuto per la chimica. Siccome la chimica fa parte del programma della Facoltà farmaceutica, ogni farmacista è, però, anche chimico, nel senso che ha dovuto studiare tale branca di scienza. Ogni farmacista può, senza alcuna autorizzazione, manipolare e mettere in vendita delle specialità medicinali. Ma queste, come una qualunque spedizione di medicamento, non possono essere vendute che a seguito di analoga prescrizione del medico.

(7367) *Trattamento economico dei medici addetti alla C. R. I.* — Dott. A. S. da C. della M. — Con il D. L. del 12 settembre 1915, n. 1393, fu esteso al personale della Croce Rossa il trattamento economico fatto agli impiegati civili dello Stato chiamati sotto le armi. Con il successivo D. L. del 31 agosto dello stesso anno le disposizioni del D. L. dell'11 luglio stesso anno, contenente appunto disposizioni circa tale trattamento economico, fu esteso anche al personale dipendente dai Comuni. Quindi deriva che per effetto del citato D. L. del 31 agosto, agli impiegati comunali, sia che entrino a far parte del R. Esercito, sia che entrino a far parte della C. R. si applica il trattamento stabilito per gli impiegati dello Stato. E poichè costoro hanno diritto allo stipendio maggiore civile o militare, anche i medici condotti hanno eguale diritto, ancorchè facciano parte della Croce Rossa. Però, se lo stipendio militare è inferiore a quello civile a carico del Comune, da cui il sanitario dipende, rimane soltanto la differenza esistente fra lo stipendio civile e militare. Il diritto ai due mesi di stipendio discende poi dall'ultima parte dell'articolo 1° dello stesso D. L. del 31 agosto in cui è detto che rimane salva l'applicazione del penultimo comma dell'art. 20 del testo unico 22 novembre 1908, n. 693, in cui è sancito tale diritto. Nel valutare la differenza si deve tener conto dello aumento del 30 per cento concesso dal D. L. del 10 febbraio ultimo.

(7368) *Pensioni - Obbligo di pagare il contributo.* — Dott. C. R. da L. — Poichè fra le condizioni del concorso e quelle della nomina non vi era nulla che accennasse all'obbligo della iscrizione alla Cassa pensioni, il Municipio non può ora imporgli tale onere, che sarebbe un'aggiunta, non prevista nè accettata, al capitolato o contratto vigente. E sembra il Comune tanto più carente di ogni diritto in quanto durante la nomina non ha mai curato di farsi pagare il relativo contributo rendendosi parte diligente sol quando la nomina ha perduto ogni suo effetto a causa delle dimissioni rassegnate nel 1917 e dello effettivo allontanamento da oltre un anno del medico. Aggiungiamo poi che data la temporaneità della nomina e la condizione tassativamente imposta di non poter la nomina stessa durare, per qualsiasi ragione, oltre il novennio, l'obbligo della iscrizione alla Cassa diventa un non senso, in quanto che in nove anni non si può mai acquistare alcun diritto a pensione.

Ella, quindi, a nostro avviso nulla deve dare, e se sarà compulsato giudiziariamente sostenga tali motivi in giudizio e crediamo che non potrà rimaner soccombente.

(7369) *Pensioni.* — Dott. G. T. da S. — La Cassa pensioni ha cominciato a funzionare dal 1° gennaio 1899 e non dal 1° gennaio 1898. Però, con i cinque anni prestati dal 1° gennaio 1894 al 31 dicembre 1918 Ella compie effettivamente al 1° luglio 1918 i 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio prescritti per ottenere la pensione. Questa, data la età indicataci, sarà di annue lire 893.

(7370) *Dimissioni del medico condotto.* — Dott. R. P. da F. d'A. — La nomina ottenuta dal Consiglio comunale a medico condotto costituisce un contratto, in cui entrano due parti e, cioè, il Comune che conferisce il posto ed il sanitario che, con determinate condizioni, l'accetta. Or poichè i contratti non si possono sciogliere con la volontà di una sola delle due parti, ma vi occorre il consenso di entrambe, è evidente che le dimissioni offerte dal medico non hanno alcun valore se non sono accettate dal Comune, che è l'altra parte contraente. Come il Comune non può, durante il contratto, licenziare il medico, così questi non può dimettersi, se non col consenso od accettazione di quello.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4383:

Nulla ha che vedere l'indennità giornaliera di lire 2.50 per gli ufficiali subalterni ammogliati (articolo 2 della circolare n. 520 del G. M. 1916) con l'indennità mensile di lire 35 lorde per gli ufficiali del R. Esercito provvisti di stipendio annuo non superiore alle lire 4500, di cui parla la circolare n. 105 del G. M. 1918.

Tale indennità, a mente dell'art. 2 della circolare n. 1015, spetta a tutti gli ufficiali e solo se ne eccettuano quelli provvisti di indennità di guerra o di indennità per missione all'estero.

N. B. — Occorrerebbe che i quesiti di servizio medico-militare fossero contenuti nei limiti di tale competenza e non divenissero generici quesiti amministrativi, come il presente.

All'abb. n 1575:

Ella non solo non è richiamato in servizio ma è *indisponibile* perchè esonerato.

Ora durante il periodo della indisponibilità all'Esercito, non vengono conferite promozioni.

All'abb. n. 4387:

Giusto. Ma perchè non **reclama al Ministero?**

Al dott. P. P. da M.:

Sono impiegati in genere in zona territoriale e spesso nel territorio del proprio Corpo di armata, quando speciali esigenze del servizio non lo vietino.

All'abb. n. 9283:

La sua promozione al grado superiore è legata a quella degli ufficiali effettivi le cui promozioni al grado di maggiore sono stazionarie poichè fermatesi a quei capitani che avevano l'anzianità del 14 gennaio 1915.

Circa la possibilità di ottenere la promozione per il titolo di libero docente, ora acquisito, ciò dipende dal giudizio della Commissione che ha sede presso l'Ispettorato di Sanità.

Occorre però tener presente che la docenza in farmacologia e materia medica non è stata finora considerata come un titolo per conseguire il grado superiore.

All'abb. n. 9185:

Il non aver potuto ottenere la nomina a vita non sembra dover costituire un ostacolo ad ottenere l'esonero qualora l'opportunità di tale esonero sia provata da serie ragioni.

L'essere in servizio di condotta in altro Comune può però se non ostacolare ritardare la pratica.

All'abb. n. 8418:

Sta di fatto che la promozione per merito di guerra che prima esisteva pei **medici, venne tolta nel** 1916, e furono trasformate in proposte di promozione per merito eccezionale (art. 13) tutte le proposte di promozione per merito di guerra che erano in corso.

Se altre promozioni fossero state nuovamente fatte per ufficiali medici per *merito di guerra*, è ovvio che Ella avrebbe diritto di reclamare, per il danno da Lei subito nella trasformazione della proposta che lo concerneva.

Al dott. G. E. da A.:

Evidentemente non si è tenuto conto dei 15 mesi di servizio da Lei prestati in zona di guerra.

La consiglio pertanto di presentare un reclamo al Ministero.

All'abb. n. 2539:

L'esonero viene automaticamente rinnovato dal Ministero quando perdurino le condizioni che lo hanno promosso.

È inutile quindi far domanda, poichè la situazione di ogni singolo esonerato, con le relative variazioni, deve già risultare al Ministero.

All'abb. n. 9557:

Se la sua malattia è stata **riconosciuta come dipendente** da causa di servizio, nessun dubbio che Ella non abbia a suo turno il diritto alla promozione.

All'abb. n. 1509:

Per esser nominato medico assimilato occorre inviare regolare domanda al Ministero allegando i propri titoli.

La domanda deve essere presentata alla Direzione di Sanità militare territoriale.

L'accettazione però della domanda stessa da parte del Ministero è subordinata alle minori o maggiori esigenze del servizio.

Al dott. L. D. da C. A.:

In generale per **i medici di classi anziane (70-76)** il Ministero concede la nomina al grado di capitano anche senza che ci sia la incondizionata idoneità, quando abbiano i 15 anni di compiuto esercizio professionale.

All'abb. n. 7947:

Data la classe ancor giovane (1880) del collega egli non potrebbe fruire dell'avvicendamento.

Però se richiesto *ad personam* a prestar speciale servizio civile dalle autorità interessate al Ministero, può venir richiamato dalla **zona di guerra.**

Ciò si è verificato e si verifica continuamente.

All'abb. n. 9674:

Se Ella è stato mobilitato non le si può contestare il diritto all'indennità di entrata in campagna. Ne faccia domanda all'ufficio del corpo che lo amministra.

Al dott. G. M. da N.:

Appartenendo Ella ai ruoli di riserva, e non a quelli di complemento, non può conseguire più di una promozione: e quindi, avendo già avuto un avanzamento, non potrebbe ora venir promosso al grado superiore, **a meno che le autorità dalle quali** dipende non ne facessero proposta *per distinzioni speciali* (circ. 752, G. M. 1916).

All'abb. n. 9283:

Le promozioni dei capitani medici effettivi a maggiori sono ormai da oltre un anno pressochè stazionarie all'anzianità 14 gennaio 1915. Ella ha quindi ancora da attendere parecchio tempo prima che si possa effettuare la sua promozione.

All'abb. n. 2133:

Non può ottenere la qualifica di primo capitano perchè gli ufficiali medici effettivi capitani con anzianità pari alla sua non sono ancora nè promossi, nè primi capitani.

All'abb. n. 1106:

La prima domanda, forse per errore del dattilografo, è incomprensibile. La ripeta.

Alla seconda si osserva che la nomina a capitano di complemento non viene fatta automaticamente allo scadere dei 15 anni dalla laurea, ma soltanto in seguito a domanda dell'interessato, che deve allegare i documenti o chiedere di passare al ruolo di complemento.

All'abb. n. 9670:

Ella non si trova in condizione di poter aspirare alla promozione al grado di capitano medico del R. Esercito e, per analogia, non sembra che Ella possa aspirare neppure alla nomina a capitano medico nell'armata navale.

Al dott. C. P. da P. V.:

Suo figlio ha diritto alla nomina ad aspirante medico, purchè egli abbia anche superato gli esami di *anatomia umana normale*, il che non risulta dall'elenco da Lei inviato.

Trattasi di prescrizione ministeriale e **non di** decreto.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il generale medico Giuliano Gerundo, direttore di Sanità del Corpo d'armata di Roma, è stato insignito della commenda della Legion d'Onore, altissima onorificenza francese.

Facciamo i nostri rallegramenti cordialissimi al valente sanitario e distinto ufficiale.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha eletto socio straniero il dott. William S. Thayer, di Baltimora (Stati Uniti d'America).

ALBO D'ORO.

RICOMPENSE AL VALORE MILITARE.

MEDAGLIA DI BRONZO

BUSI dott. RIO, da Ancona, capitano medico Croce Rossa italiana, 83ª Sezione di Sanità. — Essendo scoppiata una granata nemica nelle adiacenze della Sezione, accorreva spontaneamente, sprezzante del pericolo, a soccorrere i feriti, rimanendo anch'egli colpito mentre prestava la sua opera. Bell'esempio di salde virtù militari. — Monfalcone, 4 giugno 1917.

ENCOMIO SOLENNE.

PICCININI G. M., maggiore medico di C., per la serenità e l'ordine con cui seppe, nell'autunno scorso, condurre in salvo personale e materiali dell'ospedale da campo n. 224, da lui diretto e che funzionava con più di 1000 letti presso Feltre.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. ENRICO SECRETI ha perduto il figliastro, UGO SCOCCIA, sottotenente di artiglieria, caduto sul Montello il 15 giugno scorso. Il valoroso giovane era già stato proposto per la medaglia al valore.

Sentite condoglianze alla famiglia. B. R.

NOTIZIE DIVERSE

Nell'Associazione dei professori universitari.

Diamo il risultato generale della votazione di ballottaggio per il presidente dell'Associazione:

Votanti . . . . . n. 296
Prof. Mangiagalli . . . voti 261
Schede bianche 20
Voti nulli e dispersi 15

In conseguenza di questo risultato venne proclamato Presidente generale il prof. sen. Luigi Mangiagalli.

Ci congratuliamo vivamente di questo esito con l'illustre clinico ed esprimiamo la fiducia che egli, animato da puro patriottismo, imprimerà vita rigogliosa all'Associazione in questo momento storico.

Conferenza del prof. Maragliano.

Il sen. Maragliano ha fatto in Roma una conferenza sulla *tubercolosi nei militari*, il 17 luglio.

Ha esposto e vagliato i più importanti criteri diagnostici, mettendo in piena luce alcuni errori correnti, ad esempio sulla così detta tubercolosi polmonare chiusa. Ha illustrato il funzionamento dei reparti di accertamento diagnostico — ai quali i medici dovranno ormai inviare tutti i casi sospetti, il che li scarica da ogni responsabilità. Nel loro giudizio, i centri di accertamento sono insindacabili, salvo l'eventuale controllo di altri istituti congeneri, nei casi che alle autorità sanitarie superiori non sembrassero ben chiari. L'oratore ha deplorato che fin'oggi un eccesso di zelo male inteso abbia portato ad un'eccedenza d'invalidi nell'Esercito, i quali ingombrano gli ospedali, gravano enormemente sul bilancio di guerra e restano sottratti alla vita civile: ciò non soltanto nel campo della tubercolosi, ma di tutte le malattie croniche. Da ultimo, egli ha illustrato il compito della classe medica nel determinare l'efficienza dell'Esercito; essa difatti regola il reclutamento e provvede alla cura dei malati e dei feriti ed alla profilassi. Questi compiti vastissimi non sono ancora bene apprezzati dal pubblico e dalle autorità; ma la famiglia medica ne abbia piena coscienza e ne senta tutta la responsabilità.

Le inchieste sul sen. Gatti.

Da tempo correvano su i giornali politici notizie intorno ad una disgraziata operazione del senatore Gatti, professore di patologia chirurgica a Firenze.

Abbiamo atteso ad occuparcene finchè fossimo in possesso di informazioni e dati attendibili.

Sull'incidente operatorio l'Amministrazione degli Ospedali di Firenze fece eseguire una sua inchiesta, la quale si svolse su due ordini di accuse contro il senatore Gatti: uno amministrativo-disciplinare, nei rapporti di lui con l'Amministrazione ospedaliera e coi malati; l'altro di colpabilità per difetto di tecnica operativa.

La relazione venne trasmessa dall'autorità ospedaliera alla Facoltà medico-chirurgica di Firenze. Questa non credette di prendere alcuna deliberazione e trasmise la pratica al Ministero.

Il senatore Gatti, venuto allora a trovarsi accusato, sollecitò dal ministro della pubblica istruzione una inchiesta.

Il ministro chiamò a far parte della Commissione i professori: Roberto Alessandri, ordinario di patologia chirurgica a Roma; Mario Carrara, ordinario di medicina legale a Torino, e Antonio Dionisi, ordinario di anatomia patologica a Palermo.

L'inchiesta prese in esame non solo l'atto chirurgico, ma anche le altre accuse. Essa venne espletata nel modo più minuto e completo.

La Commissione convenne che non si poteva fare nessun addebito al Gatti dell'esito disgraziato dell'atto operativo e che la condotta di lui era corretta verso l'Amministrazione ospitaliera e verso i privati.

Il prof. Bossi giudicato dal C. S. della P. I.

Il Consiglio superiore della pubblica istruzione si è occupato in questi giorni della questione del prof. Bossi, della Facoltà di medicina dell'Università di Genova, il quale, come è noto, era accusato

di disordini amministrativi e di indelicatezze verso alcune allieve del corso di ostetricia.

Alle sedute del Consiglio assisteva, come per legge, un consultore legale fiscale in persona del prof. Bianchi e un rappresentante della Facoltà medica di Genova.

Dopo lunga discussione il Consiglio decise la sospensione per due anni con 16 voti favorevoli contro 10 contrari.

Ci risulta che, contro questo deliberato, il prof. Bossi si appellerà al Consiglio di Stato.

Per lo studio dall'influenza estiva.

In seguito a interessamento della Direzione Generale di Sanità, una Commissione, composta dei professori G. Alessandrini, R. V. Maggiora e T. Pontano, si è recata a studiare la così detta influenza estiva nella cittadina di Rosarno (Calabria), ove si sono manifestati numerosi casi della malattia.

Pro Sanatorio antitubercolare della C. R. I. in Napoli.

Il Consiglio di amministrazione della Società di navigazione «La Transoceanica» su proposta del suo presidente, comm. Giorgio Peirce, ha deliberato di erogare al Comitato regionale della Croce Rossa di Napoli, destinandola alla sottoscrizione per il Sanatorio antitubercolare, la somma di lire 15.000, oltre lire 500 mensili. Col terzo elenco delle oblazioni per il Sanatorio antitubercolare si sono finora raggiunte lire 556,168.30.

Pro Croce Rossa italiana.

A ricordare il nostro terzo anniversario di guerra il Comitato postelegrafonico per l'omaggio nazionale alla Croce Rossa italiana ha versato altre lire 30,000, le quali unite ai precedenti versamenti fanno raggiungere la cospicua somma di L. 575.000, oltre alla iscrizione di circa 5000 soci, di cui 200 perpetui.

Corso di profilassi antimalarica.

La Direzione di Sanità pubblica, su proposta dell'Ispettore generale comm. Ravicini, ha istituito a Cagliari un corso teorico-pratico di profilassi antimalarica. Esso ha sopratutto lo scopo di preparare degli abili aiutanti per il medico provinciale e per i medici condotti nella consueta campagna antimalarica, ma è dedicato anche ad altri problemi igienici, come la tubercolosi, il tracoma, le tigne, le disinfezioni. Il personale insegnante è così costituito: prof. D. Ottolenghi, direttore; dott. G. Frongia; prof. Radaeli; prof. Desogus; prof. Castelli. Inscritti regolarmente al corso sono 22 donne e 14 uomini.

In tema di sorveglianza sugli ospedalizzati.

La Cassazione di Napoli ha stabilito che non può farsi risalire alla amministrazione di un Ospedale la responsabilità di un infortunio causato ad un ricoverato dall'opera di un altro ricoverato, se risulti che nessun addebito di negligenza possa al riguardo essere imputato al personale addetto, secondo i regolamenti, alla sorveglianza dei ricoverati.

Il servizio sanitario militare negli Stati Uniti.

Gli ufficiali medici e farmacisti dell'esercito Nord-Americano mobilitato raggiungono il numero di 13,000, e l'intero personale sanitario risulta di 69,000 uomini ed è in continuo aumento: prima della guerra comprendeva 5600 uomini.

Lo stipendio è di dollari 2000 per i tenenti, 2400 per i capitani, 3000 per i maggiori, e così via; cioè rispettivamente lire italiane 10,000, 12,000 e 15,000, oltre il cambio, che porta quasi a raddoppiare queste cifre.

Vittima di una terribile tragedia, è morto a Cosenza, ove da circa tre anni dirigeva l'Ospedale civile, il prof. comm. RAFFAELE GIANI, già assistente presso la Clinica chirurgica di Roma, nella quale si era guadagnato larghe simpatie ed amicizie.

Era nato a Fucecchio, in Toscana.

Le sue pubblicazioni non sono numerose; tra i suoi studi meritevole di speciale menzione è quello sulla cistite cistica.

Era un operatore coscienzioso ed abile, un carattere integro. Onorava la nostra professione.

R.

Indice alfabetico per materie.

Avanzamenti: in tema di — . . . . . *Pag.* 744
Calcoli salivari: casistica . . . . . » 729
Cocainismo: Il — . . . . » 731
Dimissioni (Le) del prof. Silvagni . . » 742
Empiema cronico totale: obliterazione della cavità con tessuto lipomatoso . » 737
Febbri provocate . . . . » 740
Frattura del collo femorale: guarigione . » 725
Ferite d'arma da fuoco del torace . . » 734
Ipoclorito di sodio sulle navi-ospedale . » 740
Libere docenze: la sospensione delle — . » 743
Medici condotti: per l'indennità caro-viveri . . . . » 744
Miografo nuovo . . . . *Pag.* 737
Pneumotorace terapeutico: come Carlo Forlanini ne ebbe la prima idea . . . » 731
Sieri glucosati . . . . » 739
Sifilide: reazione congestiva locale nella cura con i composti arsenicali . . . . » 736
Tubercolosi polmonare: cura . . . . . » 741
Tubercolosi polmonare evolutiva chiusa: esiste una —? . . . . » 738
Trasfusione sanguigna: metodo semplice nei casi urgenti . . . . » 739
Uovo in batteriologia come mezzo di coltura . . . . » 737

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali
L. Pozzi, resp.
374.

Anno XXV. Roma, 11 agosto 1918 Fasc. 32.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: O. Tenani: Altro contributo alla simpaticectomia perivasale come trattamento della causalgia. — **Rivendicazioni**: E. Calandra: La pasta antisettica «b. i. p.» usata in Italia sin dal 1908. — **Medicina sociale:** P. Pelliciotti: Per la difesa della prima infanzia. — **Servizi sanitari**: Sui servizi radiologici al fronte. — **Sunti e Rassegne:** DIAGNOSTICA: C. Gordon Heyd: La diagnosi differenziale delle affezioni del quadrante superiore destro. — CHIRURGIA: S. Mercadé: L'estrazione dei proiettili di guerra. — P. Duval: Dell'estrazione tardiva dei proiettili intra-polmonari. Tecnica operatoria della chirurgia del polmone. — W. E. Lover: Rimozione di proiettile dal pericardio. — STORIA DELLA MEDICINA: G. Bilancioni: Harvey e Cesalpino; un'ultima parola intorno alla controversia sulla scoperta della circolazione del sangue.

Appunti di medicina pratica: SEMEIOLOGIA: Il meccanismo di produzione dei riflessi tendinei. — CASISTICA: Sugli spostamenti dei corpi estranei nell'asse cerebro-spinale. — TERAPIA: La terapia dell'asma nervoso. — **Posta degli abbonati. — Cenni bibliografici. — Varia**: L'aumento internazionale dei prezzi durante la guerra.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari. — Amministrazione sanitaria**: Per l'igiene scolastica. **Risposte a quesiti e a domande. — Condotte e concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Albo d'oro. — Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

GRUPPO DEGLI OSPEDALI MILITARI DI RISERVA DI BELLAGIO.

Altro contributo alla simpaticectomia perivasale come trattamento della causalgia

pel dott. O. TENANI,
maggiore medico, chirurgo direttore, docente di patologia chirurgica.

Ritengo opportuno riferire intorno ad un nuovo caso di causalgia dell'arto superiore da me portato a guarigione mediante la simpaticectomia perivasale, specialmente, perchè la lesione anatomica constatata al tavolo operatorio dimostrerebbe vero l'attuale concetto patogenetico della causalgia e, per conseguenza, giustificherebbe l'intervento chirurgico sul simpatico.

Sergente M... A..., del ... bersaglieri, ferito nel gennaio 1918 presso Col... da pallottola di mitragliatrice. Entra dopo due giorni nell'Ospedale militare Scuole Campori di Modena.

Presenta ferita trasfissa all'ascella sinistra, con foro d'entrata sul margine anteriore del m. deltoide presso l'angolo della piega ascellare (braccio addotto) e foro d'uscita sul centro del margine posteriore del cavo ascellare. La prima ferita ha margini contusi slabbrati e fondo grigiastro, la seconda è quasi chiusa.

Il paziente narra che, appena colpito dal proiettile, ha avvertito un senso di formicolio e torpore alla mano e all'avambraccio di sinistra, che dopo poche ore si mutò in sensazione profondamente dolorosa, con carattere urente, mentre la mano assumeva quell'atteggiamento che si osserva al momento del primo esame fatto due giorni dopo il trauma.

Il dolore cocente e dilaniante, che campeggia su tutti gli altri sintomi della sindrome clinica, ha sede, oltrechè sulla mano, anche sulla metà distale dell'avambraccio, è pulsante ed ha un'intensità tale da non permettere, se non con l'immersione della parte nell'acqua fredda, un istante di requie al malato, il quale reclama esasperato un intervento liberatore. Egli sostiene continuamente con la mano destra la mano e il polso di sinistra per immobilizzarli il meglio che può, poichè ogni più lieve scossa od urto gli accresce il dolore. Il paziente si presenta in uno stato eretistico e parla della propria sensazione dolorosa con un eccitamento psichico che rivela un vero patema d'animo.

Strie bluastre e rosse serpeggiano sulla cute della metà radiale dell'avambraccio e della mano, dove il senso di bruciore è accusato più vivo che sulle zone limitrofe. Il polso è atteggiato in flessione palmare: ogni movimento attivo e passivo della mano e dell'avambraccio sul braccio riescono dolorosi; le dita sono in semiflessione quasi rigida; l'avambraccio è mantenuto in pronazione permanente.

Le sensibilità tattile e dolorifica appaiono aumentate nel territorio del mediano più che in quello del cubitale, però la zona d'iperestesia non è esattamente circoscritta dai limiti d'innervazione cutanea del mediano, ma li sorpassa per invadere anche quelli del radiale (branche sensitive) e del m. cutaneo fino alla metà circa distale dell'avambraccio.

La sensibilità termica è diminuita per il caldo all'estremità delle dita della mano, mentre pel freddo è bene conservata. L'anestesia al diapason è completa sulle due ultime falangi dell'indice e del medio. Il senso stereognostico è difettoso in tutta la mano. Dolente è la pressione sulle masse muscolari della mano e dell'avambraccio. I riflessi stiloradiale e tricipitale sono vivi; aboliti il cubito-pronatore e il gran palmare.

Le turbe motorie sono rappresentate da paresi dei m. flessori delle dita, dell'eminenza tenare, dei palmari e dei supinatori, comprovata pure dai risultati dell'eccitamento elettrico faradico e galvanico.

Le turbe secretorie consistono in un aumento della sudorazione in corrispondenza dell'indice e medio e del dorso della mano. Le pulsazioni radiali sono 68 al minuto, la pressione arteriosa è di 150 mm. allo sfigmomanometro del Riva-Rocci, ma non esistono pei due ordini di fatti differenze col lato sano.

L'anamnesi del paziente è completamente immune.

Abbiamo dunque, in rapporto con una ferita trasfissa dell'ascella, una sindrome causalgica della mano e dell'avambraccio, accompagnata da turbe sensitive motorie e secretorie.

Di fronte alla sintomatologia dolorifica così imponente che non può esser vinta da alcun espediente, sollecitato dallo stesso malato, dopo 5 giorni decido l'intervento.

In cloronarcosi, con un'incisione lunga circa 15 cm. metto in evidenza il fascio vascolo-nervoso dell'ascella. Isolo ed escido per 10 cm. (seguendo la tecnica da me descritta in un lavoro precedente) la guaina della vena ascellare ed arrivo più profondamente sull'arteria: questa ha pulsazioni e calibro regolari. La guaina dell'ascellare in corrispondenza del tramite del proiettile, segnato da una perdita di sostanza quasi cicatrizzata del margine interno del m. coraco-brachiale, presenta una zona di forma rotondeggiante, con diametro di circa 4 mm., in cui il tessuto appare contuso e sollevato da un piccolo coagulo ematico, mentre, sezionata la guaina, in rapporto di contiguità con la suddetta lesione, si vede sull'avventizia una zona un po' più piccola di parete arteriosa, in cui questa spicca per un colore fortemente bluastro.

Si escide con le forbici al disopra e al disotto di questa zona per circa 10 cm. la guaina arteriosa.

Appena tolte le guaine si constata una notevole costrizione dei rispettivi tronchi vascolari. Si estrae dal tramite della ferita, in piena sostanza del m. coraco-brachiale, una piccola scheggia metallica foggiata ad uncino. Si fa una minuta esplorazione di tutti i tronchi nervosi del fascio ascellare senza rilevarne alcuna lesione macroscopica. Si ricostruisce una guaina a tutto il fascio v. n. coi tessuti muscolo-aponeurotici circostanti e si sutura a piani con catgut la ferita, lasciando un piccolo drenaggio di garza che viene tolto al secondo giorno. Immobilizzazione di tutto l'arto. Guarigione per prima.

Decorso: il polso radiale sinistro si mantiene quasi impercettibile durante le prime quattro ore dall'intervento, poi comincia a poco a poco a riprendere la sua normale ampiezza di oscillazioni, fino a sorpassarla: ciò è dimostrato dall'aumento della temperatura della mano e dell'avambraccio e della pressione sanguigna, con una differenza rispettiva di 2° e di 3 cm. di mercurio sullo sfigmomanometro del Riva-Rocci.

Rilievo importante è che il giorno seguente l'operazione si nota una diminuzione notevole dell'intensità dei dolori causalgici, che cessano completamente al quarto giorno; a questo periodo si osserva pure un ripristino della funzionalità motoria attiva dei gruppi muscolari paretici con ritorno del movimento delle dita e di supinazione dell'avambraccio. In decima giornata la temperatura locale e la pressione sanguigna sono scesi al livello normale. Al decimo giorno le ferite sono chiuse e il malato è anche funzionalmente guarito. Si pratica un controllo dell'eccitabilità elettrica e si trova la scomparsa delle turbe motorie. Anche le ipo- ed iperestesie si sono dileguate.

Questo caso è interessante non tanto come dimostrazione della rapida guarigione della causalgia mediante la simpaticectomia perivasale, quanto pel reperto anatomo-patologico che fu riscontrato durante l'intervento sulla guaina e sulla parete dell'arteria ascel-

lare e che costituisce un elemento di più in favore del concetto patogenetico della causalgia.

Rimane invero suggestivo e dimostrativo il fatto che un'intensa sindrome causalgica dell'arto superiore, coesistente con una lesione della guaina e della parete dell'arteria ascellare situata esattamente sul percorso della ferita trasfissa dell'ascella, scompaia rapidamente con la resezione della guaina dei tronchi arteriosi e venosi locali; in altre parole, il caso prova che i fenomeni causalgici erano in rapporto con una lesione del sistema simpatico periarterioso e che bastò togliere le guaine per farli scomparire.

Che la sindrome dolorosa non fosse in relazione con lesioni dei tronchi nervosi del fascio ascellare risultava dalla mancata diretta constatazione di esse durante l'operazione e dal nessun intervento sui tronchi stessi.

Il fatto più importante è la « qualità » della ferita vasale che verrebbe a convalidare la concezione dell'intimo meccanismo patogenetico della causalgia, da me già discussa minutamente nella nota precedente. Ivi, passate in rassegna tutte le lesioni che può produrre un trauma sopra un fascio vascolo-nervoso e considerati gli effetti delle ferite di una guaina vasale alla stregua delle conoscenze attuali sulla fisiologia del sistema simpatico periferico, rilevavo l'antagonismo apparente tra le conseguenze delle lesioni della guaina contemplate nella traumatologia, in cui esse possono essere incolpate dello scoppio di un quadro causalgico, e nell'esperimento o nella clinica in cui lo scollamento anche ampio dei vasi rimane innocuo. Ci rimane da ammettere, dicevo, « che la lesione accidentale della guaina susciti un'irritazione permanente sul simpatico, oppure che con quella vada unita una lesione del fascio vascolare. Sebbene si siano osservati casi di lesioni concomitanti del nervo e dei vasi contigui, ed altre turbe vasomotorie e trofiche gravi senza causalgia, è un fatto che nel maggior numero dei casi descritti di causalgia, compresi i miei, vi erano state anche lesioni dei vasi (trombosi occludente o parziale, stenosi, compressione), e segnatamente dell'arteria ».

Anche in questo caso della mia statistica erano manifestamente riunite una lesione della guaina e della parete arteriosa. Secondo me, vista la frequenza dell'unione dei due fenomeni, rimane da discutere se non si debba dare maggior importanza alla lesione dell'arteria nell'associazione con quella della sua guaina, nel senso che la prima, pur non essendo macroscopicamente riscontrabile, esista invece nella parete vasale sotto forma di fini modificazioni istologiche con tutta la loro espressione funzionale.

Queste mie vedute sarebbero sostanzialmente differenti da quelle del Leriche, il quale vuole che nelle ferite dei nervi associate ad altre delle arterie non sia la ferita dell'arteria che modifica la sintomatologia, bensì quella della guaina vascolare. D'altra parte, la guaina è così sottile ed intimamente connessa alla parete arteriosa, che mal si può comprendere come un trauma colpisca la prima senza, in qualche maniera, interessare anche la seconda. Inoltre lo stesso significato funzionale o fisiologico della simpaticectomia determinante, col meccanismo da me esposto, il ripristino dell'equilibrio circolatorio locale turbato dalla lesione vasale viene a dare a quest'ultima un valore saliente nella patogenesi della causalgia.

La simpaticectomia ha veramente uno schietto valore funzionale, perchè la vasodilatazione e l'elevazione di pressione compensatoria che ne derivano (rilevabili anche clinicamente dopo l'intervento), determinando una maggiore velocità ed abbondanza dell'irrorazione sanguigna della parte (in sostituzione della vasocostrizione, della diminuita pressione e dell'ischemia regionale, che sarebbero le condizioni patogenetiche della causalgia), sospendono l'irritazione delle terminazioni sensoriali ed eliminano i dolori causalgici.

È inoltre degno di rilievo il fatto che la simpaticectomia, oltre a determinare la scomparsa, si può dire, subitanea della sindrome causalgica, provocò nel caso nostro la regressione delle turbe motorie; questo fenomeno non ha certo una facile interpretazione, ma, senza entrare in minute discussioni, si può pensare che al ritorno della mobilità dei gruppi muscolari paretici non sia rimasta estranea l'influenza che si vorrebbe, secondo le più recenti vedute, dare al simpatico sulla funzione dei muscoli volontari (Heitz e Leriche).

Recentemente il Leriche scrisse di aver fatto 11 volte la simpaticectomia per fenomeni dolorosi: una volta mancò la reazione vasodilatatrice e l'A. ne incolpa l'operazione mal fatta; degli altri 10 casi, 6 comprendevano delle vere causalgie e 4 dei fenomeni dolorosi più o meno intensi accompagnati a lesioni dei nervi o ad obliterazioni arteriose. Nelle 6 causalgie si ebbero 3 esiti ottimi, 2 discreti ed 1 nullo; negli altri 4 casi, 3 risultati eccellenti ed 1 nullo; 5 simpaticectomie per ulcerazioni trofiche con o senza flittene di vicinanza portarono tutte a guarigione; in 3 edemi cianotici delle membra si ebbero 1 successo completo, 1 gran migliora-

mento terminato dopo alcuni mesi con una guarigione completa, 1 risultato incompleto con parziale recidiva. In 18 casi di turbe riflesse si ottennero 3 guarigioni complete, 10 miglioramenti considerevoli, 2 miglioramenti seguiti da recidive incomplete, 1 miglioramento scarsissimo, 2 effetti nulli.

In conclusione, i risultati del Leriche dimostrano che, specialmente nei riguardi del sintomo dolore, la simpaticectomia porta a guarigione completa la maggior parte dei casi, agisce favorevolmente in quasi tutti, mentre in pochissimi può avere un risultato nullo.

Vanno annoverati fra gli esiti ottimi della simpaticectomia anche i due casi di Le Fort e di Cotte, comprendenti gravi causalgie del mediano per ferite, e i due del Donati: arterio-e neurolisi, arteriolisi e neurorrafia; il Donati in un caso di aneurisma dell'a. ascellare nella 2ª porzione, determinante una sindrome da compressione e d'irritazione del plesso brachiale, estirpò la sacca aneurismatica e praticò la neurolisi dei fasci del plesso, con scomparsa della sindrome causalgica.

Tutti questi risultati incoraggiano il chirurgo a tentare la simpaticectomia perivasale per combattere le sindromi causalgiche. Certamente gli esiti dell'operazione non sempre favorevoli e completi non possono essere addebitati solo ad essa, ma al modo ed alle condizioni in cui è stata fatta, poichè se la simpaticectomia non è totale (perciò bisogna in alcuni casi togliere il relativo segmento arterioso malato), o se la sindrome causalgica è unita a lesioni di tronchi nervosi, sui quali occorra intervenire a parte, l'intento può fallire.

BIBLIOGRAFIA.

Vedi quella completa nel mio lavoro precedente (consegnato alle stampe nel dicembre 1916):

TENANI. *La causalgia e il suo trattamento chirurgico.* Il Policlinico, Sez. pratica, fascicolo 6, 1918.

COTTE. Soc. de Chirurgie de Paris, 6 dicembre 1916.

DONATI. *Ferite dei vasi sanguigni degli arti.* La Chirurgia degli organi di movimento, vol. I, fasc. II, marzo 1917.

LE FORT. Soc. de Chirurgie de Paris, 21 febbraio 1917.

LERICHE. *De la sympathectomie péri-artérielle et de ses résultats.* La Presse Médicale, 1917, p. 513.

LERICHE et HEITZ. *Des effets physiologiques de la sympathectomie périphérique: réaction thermique et hypertension locale.* Comptes R. de la Soc. de Biologie, 20 gennaio 1917.

— *Influence de la sympathectomie péri-artérielle ou de la résection d'un segment artériel oblitéré sur la contraction volontaire des muscles.* Comptes R. de la Soc. de Biologie, 17 febbraio 1917.

RIVENDICAZIONI.

La pasta antisettica « b. i. p. » usata in Italia sin dal 1908

per il prof. dott. CALANDRA EDUARDO.

È noto come nell'esercito inglese combattente in Francia sia largamente usata la pasta antisettica chiamata « *b. i. p.* » (dalle iniziali dei suoi componenti: bismuto, iodoformio e paraffina) introdotta da Rutherford Morison che ne descrisse la preparazione ed il trattamento in un articolo del *British medical Journal* del 20 ottobre 1917.

Il *Policlinico* nel fascicolo 23 della Sez. Pratica, 1918, nella rubrica « Sunti e Rassegne », ci fa conoscere che il Mayo Robson A. W. nel *British med. Journ.*, 1918, afferma che detta pasta è stata riconosciuta di molta efficacia nella medicatura primaria e secondaria delle ferite d'arma da fuoco e specialmente adatta per il trasporto dei feriti, mentre il Besley F. A. (vedi *Policlinico*, Sez. prat., n. 27, 1918) nel *Surgery, Ginecology and Obstetr.*, genn. 1918, si mostra invece poco soddisfatto dell'uso del « bip » (sottonitrato di bismuto 25 %, iodoformio 50 %, paraffina 25 %) e anzi egli arriva perfino a sconsigliarlo perchè fra i suoi feriti ha prodotto avvelenamento da bismuto e nefriti emorragiche.

In una mia pubblicazione comparsa sul giornale sanitario *L'Ospedale di Palermo*, fascicolo gennaio-dicembre 1912, cioè cinque anni prima della pubblicazione del Rutherford Morison, si legge che sin dal 1908 io ho usato per la cura delle cavità ossee di origine patologica una pasta formata da sottonitrato di bismuto, iodoformio e paraffina, coll'aggiunta di olio d'oliva puro per rendere più o meno consistente la pasta, a seconda del bisogno.

E non solo, ma aggiungevo che, per evitare i gravi inconvenienti rilevati oggi dal Besley, bisognava usare il sottonitrato di bismuto *chimicamente puro*, cioè privo di tracce arsenicali.

Ecco le proporzioni della mia pasta:

Sottonitrato di bismuto chimicamente puro (privo di tracce arsenicali)	gr. 10
Paraffina (o cera bianca)	» 10
Iodoformio	» 4
Olio d'oliva puro	» 15

La paraffina da me usata è stata la paraffina molle o anche quella dura, diminuendo o au-

mentando la quantità dell'olio d'oliva. La consistenza della pasta deve esser quasi come il burro.

Nel 1912 così descrivevo la preparazione e il modo di usare detta pasta:

« In una capsula sterilizzata si mettono a bollire l'olio d'oliva e la paraffina, indi si aggiunge il sottonitrato di bismuto, chimicamente puro, agitando sempre con una bacchetta di vetro sterile. Si fa raffreddare la miscela sin quasi ai 70° ed infine si aggiunge, agitando continuamente, l'iodoformio.

La miscela, di color canarino, si verserà, mentre è ancora liquida, in tubi da saggio sterili, coperti da batuffoli di ovatta sterile. Prima dell'uso si metteranno i tubi da saggio a bagnomaria alla temperatura di 70° circa.

Modo di usarla: Si scucchiaierà bene la cavità ossea in modo da non lasciarvi traccia di tessuto inficiato, si detergerà bene la cavità con garza all'alcool e si tamponerà per un poco, indi si toglierà rapidamente il tampone di garza, che ha frenato temporaneamente l'emorragia dell'osso, e si verserà la pasta liquida (avendola precedentemente agitata bene), nella cavità ossea. Si aspetterà qualche istante finchè la pasta avrà presa consistenza, se ne regolarizzerà col dito la superficie, se ne toglieranno i resti caduti fra le parti molli e si recenteranno bene le parti molli, suturandole.

Medicatura all'acool ».

In tal modo ho avuto: molte guarigioni per prima, qualche volta l'eliminazione parziale o totale, dopo un po' di tempo, della pasta con immediata guarigione, e *mai casi di avvelenamento* perchè ho sempre usato il sottonitrato di bismuto puro.

Il sottonitrato di bismuto, oltre al suo potere radioattivo, ammesso dal Beck, mi è stato di giovamento nel seguire radiograficamente l'esito della pasta.

Di questa pasta mi son sempre giovato per riempire le cavità ossee d'origine patologica ed oggi son contento che, per merito del Rutherford Morison, molti chirurgi dell'Esercito inglese in Francia l'adoperino per la cura di qualsiasi ferita d'arma da fuoco e con soddisfacenti risultati.

Certamente il Rutherford Morison, il Mayo Robson A. W., il Besley e gli altri hanno ignorato l'esistenza della mia pubblicazione venuta alla luce nel 1912. Mi sia permesso di consigliare, specialmente al Besley, che condanna l'applicazione del « *bip* », di usare il sottonitrato di bismuto chimicamente puro, senza tracce arsenicali, per vedere eliminati quei gravi inconvenienti da lui osservati, anche usando sullo stesso ferito un'abbondante quantità di « *bip.* ». Luglio 1918.

MEDICINA SOCIALE.

BREFOTROFIO PROVINCIALE DI CHIETI.

Per la difesa della prima infanzia.

È biasimevole che oggi, con la protezione delle leggi, ancora si permetta alla madre di disfarsi della sua creatura e di negarle il proprio nome e le cure doverose, di cui anche i bruti amano circondare i loro figli.

I gravi avvenimenti che incalzano, si riflettono anche sulla vita dei brefotrofi, ne aggravano i difetti, e impongono sollecite riforme. Il loro ordinamento ha sempre dato luogo a molti errori, poichè favorisce la colpa nella donna e l'immorale speculazione a svantaggio del prossimo, oltre al danno, spesso irreparabile per il bambino, di un'alimentazione contraria a quella imposta dalle leggi di natura. L'opera sincera e riparatrice di sanitari e filantropi insigni si è sempre infranta dinanzi a questo complesso di sistemi medioevali, alimentato da egoistici sentimenti, che costituiscono l'essenza si simili ricoveri.

Le istituzioni sanitarie hanno spesso subito, più che il dominio della necessità, le aberrazioni dei tempi e il fascino della moda. Chi non ricorda, che in omaggio alla libertà della donna si sancì la libertà della sifilide con la « Legge sulla polizia dei costumi », che si è dovuta abrogare per rispetto al genere umano? Oggi è il turno dei bambini tubercolosi, rachitici, storpi! E si costituiscono Comitati e Patronati, si aprono dispensari, istituti ortopedici, ospizi marini, e tutte le risorse dell'arte si mettono a prova per creare la salute a chi non l'ebbe dall'utero materno. Ma nulla si è fatto, e assai poco si pensa di fare per nutrire i bambini sani, quelli che sono nati per vivere, per esserci di aiuto, per difendere cioè quei bambini che crescerebbero liberi e robusti, se le loro madri non li avessero ripudiati, quei bambini che formerebbero un giorno la difesa della nazione. Ora lo Stato si prepara a spendere somme ingenti per la creazione, fra l'altro, di superbi padiglioni per sanare chi non è sanabile, e sarà causa nella società di continua preoccupazione; e *i figli di nessuno*, che potrebbero col lavoro delle braccia arrecarci sicuro vantaggio, si condannano dalla nascita a una vita di stenti e alla morte!

È da augurarsi che la guerra porti anche nel campo dell'igiene maggiore sincerità d'intenti e obbiettività di propositi. La guerra, che rinnova la storia della civiltà, potrà permettere al legislatore di vincere tanti ostacoli e restituire, con povvide leggi, i genitori ai loro figli, i quali daranno il loro contributo di forza e di ricchezza all'Italia rigenerata.

E in attesa dell'opera del Governo, essendo anche nel nostro ospizio la deficienza del latte materno divenuta estrema, a evitare i pericoli dell'allattamento artificiale ho creduto necessario, almeno fino a quando durerà la crisi attuale, seguire l'esempio coraggioso, che viene dall'amministrazione del brefotrofio di Milano, il quale consiste nell'indurre la madre, purchè fisicamente adatta, a nutrire il proprio figlio per i primi sei mesi di vita, e poi esortarla al suo riconoscimento legale, misura retrittiva che, non è molto, è stata adottata anche nel brefotrofio di Roma. La nostra onorevole Deputazione provinciale, nella seduta del 12 gennaio, ne ha approvata la proposta, e il nuovo provvedimento è già in vigore dal primo del volgente mese.

***

La Provincia di Chieti fu tra le prime del Regno ad abolire il funesto regime della «ruota» e a difendere con opportuni regolamenti il bene materiale e morale dei bambini legittimi, che avrebbero potuto essere consegnati all'ospizio con mentita qualifica dello stato civile; e l'indirizzo sanitario e amministrativo, dato da oltre quindici anni all'assistenza degli esposti, ha ridotto, oltre al grande numero degl'iscritti, la mortalità annua ad una cifra assai bassa (dal 65 % scese, talvolta, al 17 %). Nell'ospizio non vi fu mai un solo caso di trasmissione della sifilide alla nutrice, nè si ebbero mai a lamentare i risultati preoccupanti dell'allattamento artificiale, che non di rado, sebbene per breve tempo, fui costretto mettere a prova. Però ho assistito al manifestarsi di oscure infermità, talvolta a carattere epidemico, specie nei mesi di maggiore agglomeramento della baliera interna; ho notato lo svolgersi della vita con stento in tanti bambini per scarsezza del naturale alimento e la loro fine, quasi inaspettata, per malattie punto pericolose e di breve durata.

È bene che oggi, fra tanto risveglio di umani sentimenti, la voce del dovere sociale allontani per sempre certi sistemi inveterati, e si riconosca da chicchessia, che un istituto come il nostro, che dicesi di beneficenza, deve avvisare a tutti i mezzi più adatti per non danneggiare la salute del bambino, e non preoccuparsi tanto di beneficare chi lo ha ripudiato. «Il brefotrofio, ha detto il Flamini, rappresenta un'assistenza errata, che sotto il manto menzognero della beneficenza nasconde una notevole impotenza». Le statistiche ci dimostrano che l'allevamento con latte sterilizzato non dà punto buoni risultati: in qualche ospizio si ebbe per fino il 100 per 100 di morti! Ne segue la notevole diminuzione della natività, mentre la mortalità nel primo anno di vita è sempre alta e i superstiti sono, in genere, rachitici, cagionevoli, spesso inabili ai servizi più comuni, e tra costoro abbondano i deficienti, i neurastenici e i delinquenti. E a che pro spendere tanta energia per raccogliere una messe così scarsa e avariata?

È dunque necessario riparare a tanta decadenza fisica e morale, è urgente impedire che valori tanto cospicui vadano così miseramente dispersi. Il compito non è difficile, poichè gli ostacoli che incontreremo per via derivano, in gran parte, dal fatto, che per lo innanzi troppo si è lasciato correre, e si è infusa la credenza, che con i mezzi sussidiarii dell'arte, d'ordinario privi di sostanze indispensabili alla nutrizione, si possa fare a meno del seno materno, e che la maternità sia una pratica antiquata, quasi un perditempo, per cui anche le madri legittime, purtroppo, assai spesso si rifiutano al più santo dei doveri verso la propria creatura.

A porre rimedio a tante deficienze non vi è che un solo mezzo, quello di risvegliare nella donna la coscienza dei vincoli di sangue e aiutarla, se povera, con ogni cura nell'allevamento del suo bambino. E la sua condizione le sembrerà men dura, se sarà riconosciuto il diritto alla ricerca della paternità, destinato a creare i necessarii obblighi nella parte maschile. La donna deve riflettere, che il suo figliuolo non ha commessa alcuna colpa, perchè debba negargli ogni aiuto; che l'istituto, cui lo affida, non sempre dispone di mezzi sufficienti per poterlo allevare; che le cure premurose e gentili verso il proprio figlio costituiscono la sua più alta funzione: «*mater non est quae genuit, sed quae lactavit*». E in questo giudizio si compendia la missione nobilissima, che la natura ha imposto alla donna, cioè la maternità: questa costituisce una delle sue leggi fondamentali, che, piaccia o non piaccia a chi vuol fare della donna moderna un «terzo sesso», come tutte le altre bisogna rispettare; nè essa può essere fuorviata da fantastiche dottrine senza che l'istituto della famiglia e l'ordine sociale ne vengano turbati.

Ragioni igieniche, morali ed anche economiche oggi impongono di arrestare la donna sulla via del vizio, che le affievolisce il senso della responsabilità materna, e la spinge a pratiche infeconde, dannose, delittuose!...

Da oltre quarant'anni s'invoca una legge a vantaggio della natività illegittima. E ora è da augurarsi che il Governo, liberato da tante preoccupazioni, presto intervenga con radicali disposizioni legislative a porre argine all'alta mortalità e alla decadenza delle future

generazioni già manifestatasi così grave in una nazione a noi sorella, tutelando l'assistenza di tutti i bambini, specie degl'illegittimi affidati all'allattamento mercenario, col sancire innanzi tutto l'obbligatorietà dell'allattamento materno.

Chieti, 23 marzo 1918.

Dott. P. PELLICCIOTTI.

SERVIZI SANITARI.

Sui servizi radiologici al fronte.

La considerazione della grande importanza dell'indagine radioscopica, in chirurgia di guerra, ha portato all'istituzione di ambulanze radiologiche, le quali possano rapidamente spostarsi verso le formazioni sanitarie dove più urgente si verifichi il bisogno.

La Commissione di allestimento di tali ambulanze radiologiche ha fatto costruire degli autocarri, provvisti di uno strumentario, che si può dire completo, i quali funzionano egregiamente già da tempo alla nostra fronte.

Per la localizzazione dei corpi estranei, la Commissione ha adottato il metodo usato dal Ghilarducci nell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia dell'Università di Roma, metodo che lo stesso Ghilarducci ha illustrato nel nostro giornale (Sez. prat., 1° marzo 1916).

Le caratteristiche di tale metodo, largamente in uso nelle ambulanze chirurgiche, sono, oltre all'esattezza, una grande semplicità e rapidità di esecuzione. Esso può essere eseguito in pochi secondi, anche durante la radioscopia ordinaria, poichè gli accessori richiesti sono semplicissimi, non ingombranti e possono essere adattati permanentemente sia allo schermo grande, che serve per la comune radioscopia, sia al piccolo schermo forato dell'ortodiagrafo.

Ma sopratutto importante è questo metodo per ciò che *anche negli organi profondi, qualunque ne sia lo spessore, con la sola radioscopia ed in una sola posizione del ferito, si può precisare la sede del proiettile,* all'incrocio di due linee ortogonali, definitevi da punti segnati sulla pelle. Mediante esso, si acquista un elemento molto importante per accertare la sede anatomica del proiettile, e si stabiliscono, per la localizzazione geometrica, delle indicazioni molto più esatte ed utili per il chirurgo, di come non si faccia col pretendere di designare la sede del proiettile con un solo punto segnato sulla pelle, ciò che espone spesso a gravissimi errori.

Sui risultati ottenuti col suo metodo, durante un periodo di circa 3 mesi al fronte nelle formazioni sanitarie più avanzate, riferisce ora lo stesso prof. Ghilarducci (*Giornale di Medicina militare*, fasc. III, 1918). Su 462 operazioni radiologiche vennero eseguite 139 localizzazioni, tutte riscontrate esatte. E va notato che si trattava quasi costantemente di diagnosi delicate e difficili (lesioni del cranio, del bacino e della colonna vertebrale, torace).

Di oltre una trentina di casi viene riportata l'osservazione clinica, con interessanti particolari e nitide radiografie.

Risultati analoghi sono stati ottenuti dall'A. anche all'Istituto di elettroterapia e radiologia al Policlinico di Roma, dove su 92 interventi operativi si sono avuti solo due volte esiti negativi, imputabili al lungo tempo trascorso fra l'indagine radiologica e l'operazione.

Risultati che giustificano le parole dell'Alessandri, che «del metodo Ghilarducci si è trovato soddisfattissimo, poichè si è sempre valso di esso, e con successo, nei numerosissimi proiettili che ha avuto occasione di estrarre».

Una questione di capitale importanza nell'indagine radiologica è, come osserva l'A., quella del personale, che deve essere sceltissimo e costituito da veri specialisti. Non basta che l'operatore sappia vedere l'immagine proiettata sullo schermo, bisogna che sappia interpretarla, integrarla con gli altri sintomi presentati dal ferito; egli deve dare opera elevata di diagnostica e non ispirarsi alle esigenze di un semplice ed arido tecnicismo; i problemi che gli si presentano nella radiologia di guerra, specialmente nelle formazioni sanitarie più avanzate dove si osservano i feriti gravissimi e intrasportabili, sono estremamente importanti e delicati: dalla loro soluzione dipende frequentemente non tanto la salute quanto la vita stessa del ferito.

I. P.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi differenziale delle affezioni del quadrante superiore destro.

(C. GORDON HEYD. *Am. Journ. of med. Sciences*, maggio 1918).

La diagnosi differenziale delle affezioni del quadrante superiore destro si risolve, in fondo, nell'interpretare le varie forme di dispepsia. La dispepsia però rappresenta uno stato di cose tanto proteiforme ed è provocata da cause tanto diverse, che rimane assai malagevole lo sceverarne delle entità cliniche. Nel 40 % dei casi si tratta di malattie non addominali; in un altro 40 % di malattie interne dell'addome, ma che prendono altri organi che lo stomaco, e solo nel 20 % di malattie organiche dello stomaco.

Vander Hoof in una serie di 1000 casi trovò 25 % appendicite, 10 % colecistite, 10 % ulcera peptica, 10 % neurosi, 5 % carcinoma, 10 % visceroptosi e stasi intestinale: nel rimanente 30 % affezioni diverse, dei reni, polmoni, occhi, ecc. È triste rilevare che su 1000 tabetici, ne vennero operati 97 ritenendo si trattasse di lesione endoaddominale con diagnosi di ulcere gastriche, calcoli biliari, appendicite, salpingite, ecc.

Un progresso notevole nella diagnosi di queste forme è stato portato dai raggi X: per mezzo di essi la diagnosi di ulcera duodenale si è riscontrata esatta nel 67 % dei casi, quella di ulcera gastrica nell'80, quella del carcinoma nel 95 %. L'anamnesi ben rilevata rimane però la parte più importante nelle diagnosi di queste forme.

Clinicamente si debbono considerare l'ulcera gastro-duodenale, il carcinoma gastrico, le malattie dell'apparato biliare, comprendendovi pure la pancreatite, l'appendicite, e, meno frequentemente, le lesioni del colon e dei reni.

Il fattore predominante nelle diagnosi di queste forme consiste nell'esatto apprezzamento dell'elemento dolore; esso offre certe caratteristiche fondamentali, modo di inizio, localizzazione, punto di elezione, punto di massima sensibilità, punti di irradiazione, per cui è possibile giungere alla differenziazione.

Consideriamo dapprima le *affezioni del tratto biliare;* questa espressione generica è da preferirsi a quella di calcoli biliari, che si trovano solo nel 75 % delle malattie del tratto biliare. Il quadro patologico di queste varia secondo che: 1° l'affezione è localizzata alla cistifellea; 2° vi sono attacchi di colica biliare; 3° vi è ostruzione del dotto comune, con presenza di itterizia; 4° come risultato del trauma nel dotto comune, vi si associa o coincide una malattia del pancreas.

I primi sontomi di malattia della cistifellea sono atipici e vaghi, e si riferiscono ad una dispepsia, che non ha nessuna regola nè periodicità, ed è caratterizzata da vari gradi di produzione di gas, eruttazioni, senso di pienezza e di peso od oppressione ed occasionalmente sensibilità lungo il margine costale destro. Si osserva una sensazione caratteristica di brivido dopo il pasto e talvolta una leggera puntura nel respiro, specialmente a destra, che suggerisce l'idea di una pleurite. L'irritabilità gastrica viene peggiorata dall'uso di grassi, mele, formaggi, ed in generale di carboidrati, produttori di gas.

Tale forma di indigestione cessa talvolta per un certo periodo di tempo. Si introduce poi nel quadro un attacco doloroso acuto, a tipo di colica, particolarmente notturno, che dura quattro-sei ore e spesso tanto forte da richiedere un'iniezione di morfina. Esso viene di solito improvviso, e talvolta preceduto da uno stato di malessere. Caratteristica di questa colica è che la sua intensità massima si ha spontaneamente, a tipo lancinante, di corta durata, e scompare pure spontaneamente, lasciando un senso di indolenzimento lungo il margine costale.

La terza variazione nel quadro è data dall'ostruzione del dotto comune, e provoca la comparsa di itterizia. Vi può essere una storia precedente di cattiva funzionalità gastrica, interrotta da periodi di colica: durante un accesso si stabilisce subitaneamente l'itterizia, che raggiunge il massimo d'intensità in 48 ore ed è associata a reazione febbrile, spesso tanto notevole, da suggerire l'idea di un accesso malarico, con brividi, febbre, sudori. La reazione febbrile può essere a tipo remittente ed intermittente.

In presenza di colica associata ad itterizia, febbre, leucocitosi, ecc., è giustificabile la diagnosi di calcolosi del dotto comune.

Non va dimenticato che un calcolo, il quale attraversi il dotto biliare, può passare senz'altro anche il dotto comune e versarsi nel duodeno. Vi è però una tendenza di esso a fermarsi all'ampolla del Vater, dove cresce rapidamente di volume. Sia poi per la presenza del calcolo, sia per l'infezione, si è osservato già da tempo la frequenza di associazione delle malattie del tratto biliare con la *pancreatite* Dalle statistiche di Mayo risulta, p. es., che su 2611 operazioni per malattia della cistifellea, il

pancreas era coinvolto nel 7,6 %; e nel 22 % nelle 325 operazioni sul dotto comune: d'altra parte, l'81 % delle malattie del pancreas operate erano accompagnate o provocate da calcoli biliari. Alcuni ritengono anzi che la pancreatite cronica sia una causa abbastanza frequente di malessere addominale e si possa diagnosticare. Si tratterebbe probabilmente di essa nei casi con dolori addominali acuti, riferibili alla metà superiore dell'addome, con il punto di massima sensibilità all'epigastrio, a metà fra l'ombelico e l'apofisi ensiforme, che si estende per 2-4 cm. a destra, ed altrettanto a sinistra, mentre invece non si hanno dolori nella regione della cistifellea, ed in assenza di sintomi di ulcera gastrica o duodenale e di ostruzione intestinale.

Difficile è talvolta la diagnosi di pancreatite acuta, che si basa sui sintomi seguenti: dolore intenso nella parte superiore dell'addome, seguito bentosto da vomiti più o meno ostinati, spesso con rigonfiamento e dolorabilità addominale e costipazione ostinata. La temperatura può essere normale o subnormale: i sintomi di collasso precedono di poche ore la morte, che si verifica al secondo-quarto giorno.

Nelle neoformazioni cancerose, pancreatiche o biliari, i sintomi, al contrario delle affezioni infiammatorie, si sviluppano lentamente: l'itterizia si stabilisce impercettibilmente, senza dolori, ma senza pause, con un colore sempre più scuro. Mancano del tutto le coliche, i brividi, febbre, sudori, leucocitosi. Basta questo complesso per far sospettare la diagnosi, che viene confermata se si riscontra una cistifellea palpabile o distesa.

Quanto all'*ulcera peptica*, le variazioni sintomatologiche variano secondo la localizzazione: il 70 % di tali ulcere (gastriche o duodenali) è situato in modo da agire sul potere di svuotamento dello stomaco. Per la diagnosi ha massima importanza la storia, mentre scarsissimi dati forniscono la palpazione, percussione, ascoltazione. L'esame chimico del contenuto gastrico ha solo valore di conferma; il sangue si trova in questo solo nel 75 % dei casi, e solo nel 67 e nell'80 % rispettivamente delle ulcere gastriche e duodenali, con reperto radiologico positivo.

I metodi clinici da soli, del resto, hanno il più grande valore, potendo solo con essi arrivare a una diagnosi esatta nell'80 % dei casi. Tre fatti sono da tener presenti: 1° dolore; 2° relazione di tempo fra il dolore e l'assunzione di cibo; 3° periodicità degli attacchi. I sintomi si distinguono poi da quelli, anche simili, prodotti da neurosi, perchè si ripetono costantemente nello stesso modo e tempo, in relazione agli stessi cibi, generalmente un'ora dopo l'ingestione di carne. Quando l'ulcera si inizia, vi è solitamente uno stato irritativo delle funzioni gastriche, ciò che si manifesta con ipercloridria, ipertono ed ipermotilità.

In circostanze normali l'ingestione di cibi è affatto inavvertita, trattandosi di riflesso subcosciente; quando invece l'ingestione provoca dolore, e ciò si ripete a lungo, ne consegue un processo irritativo della porzione di midollo attraverso cui passano tali riflessi. Il dolore viene generalmente riferito alla regione epigastrica e, come risposta all'irritazione gastrica, si ha una contrazione della porzione superiore del muscolo retto sinistro.

Nella *stenosi pilorica* il dolore è riferito alla parte bassa dell'epigastrio. Nell'*ulcera duodenale* esso è prevalentemente notturno ed ha il tipo di dolore da fame. Quando si tenga conto della cronicità e della periodicità degli attacchi, nonchè del tipo del dolore, si può arrivare alla diagnosi nell'80 % dei casi di ulcera non complicata. Nel rimanente 20 % il complesso sintomatico può essere irregolare, atipico, assente od anche molto imbrogliato per la coincidente affezione di organi contigui. In tali casi sarà di notevole soccorso la radioscopia dopo un pasto di carboidrati con bario, mettendo in rilievo la deformità del contorno e la triade di ipertono, iperistalsi ed impermotilità. Minor valore hanno invece le determinazioni chimiche sul succo gastrico.

Differenti sono poi i sintomi secondo la *localizzazione dell'ulcera*. Quando essa si trova presso al cardias, il dolore si verifica poco dopo il pasto, con vomito sanguinolento di cibo parzialmente digerito, con emaciazione progressiva per il fatto che il paziente non trattiene il cibo. Quando invece l'ulcera si trova vicino al piloro entra in scena la stenosi pilorica relativa primaria da spasmo, e secondaria assoluta da infiltrazione e da spasmo: il vomito, quando si osserva, è abbondante e costituito da materiale fermentato con residui di cibo. Si ha poi di solito perdita di peso, e, secondariamente, cachessia, per assorbimento del contenuto gastrico fermentato e putrefatto.

Distinta da questi due tipi, è l'ulcera duodenale, in cui il paziente è in discreto stato di nutrizione e non ha sensazioni penose, finchè il cibo si trova nello stomaco. Al contrario delle affezioni della cistifellea in cui il dolore viene mangiando, nell'ulcera duodenale esso è invece calmato con i cibi, sicchè il paziente spesso è obbligato a mangiare di frequente. Appunto perchè il dolore sopravviene 3-4 ore dopo il pasto, quando lo stomaco è vuoto, e nel tempo in cui si manifesta naturalmente la fame, viene

designato come dolore da fame. Basta di solito l'anamnesi per fare la diagnosi: il pasto di prova ha solo valore di conferma, per la presenza di residui di cibi, di sangue e per l'acidità.

Il *carcinoma gastrico* rivela la sua presenza solamente quando è ulcerato o quando turba in qualche modo la funzione motrice dello stomaco. L'anamnesi può far sorgere il sospetto di affezione maligna: non vi è però alcun sintoma isolato con cui si possa fare precocemente una diagnosi di carcinoma: essa dipende solo dalla localizzazione di questo, in quanto può introdurre l'elemento stenosi. Al contrario dell'ulcera, non vi è nel cancro alcuna periodicità dei sintomi.

Il *decorso del carcinoma gastrico* assume tre forme:

1ª Individui robusti in cui improvvisamente si verificano sintomi gastrici con emorragia che fanno sospettare un'ulcera. In breve tempo però (3-4 settimane) sussegue anemia profonda, emaciazione, e poi la cachessia. Questo tipo costituisce il 30 % di tutti i carcinomi gastrici ed ha una durata di 8-10 mesi.

2ª Individui con anamnesi chiara di ulcera gastrica, che dura da anni. In seguito il dolore, da periodico e saltuario, diventa costante, sopravviene disgusto per il cibo con avversione per la carne, si riscontra del sangue nelle feci e nel vomito. Tale tipo è il più frequente (60 %): dall'inizio dei sintomi cancerosi alla morte decorre un periodo di circa sei mesi.

3ª Individui con anamnesi di disturbi gastrici dai quali non guariscono mai: dopo un periodo variabile peggiorano lentamente, si manifesta disgusto per i cibi e la condizione ben definita di cachessia.

Nelle diagnosi delle affezioni del quadrante superiore destro non bisogna tralasciare di considerar l'*appendicite cronica* nella sua forma di *dispepsia appendicolare*. Occorre dapprima eliminare l'ulcera o le malattie delle vie biliari. Generalmente manca la storia di un attacco acuto; il malessere epigastrico tende piuttosto ad essere continuo senza relazione con i pasti; è invece aggravato con l'attività od il movimento e calmato con un enteroclisma od un purgante.

L'appendice affetta da infiammazione cronica generalmente contiene concrezioni fecali e provoca disturbi gastrici riflessi; si ha di solito pilorospasma con dolore, vomito, aumento di secrezione e di acidità, eruttazioni gazose ed acide. Dolore e malessere sono più prolungati che nel caso di malattie biliari, di cui non hanno nemmeno la localizzazione caratteristica essendo invece riferiti piuttosto verso l'ombelico.

Caratteristica è nella dispepsia appendicolare l'irregolarità, la variabilità e la mancanza di periodicità dei sintomi.

Frequente sarebbe altresì l'associazione di ulcere gastriche o duodenali con malattie dell'appendice. Tali fatti, come pure la dispepsia appendicolare, possono venire spiegati riflettendo al complesso sistema di riflessi intra-alimentari, che agiscono sul meccanismo pilorico; l'irritazione chimica sperimentale del cieco, p. es., provoca emorragie gastriche, l'irritazione del colon induce una stasi gastrica: la chiusura spastica del piloro può seguire la stimolazione riflessa dall'ileo, quando il tenue viene troppo rapidamente sovraccaricato di chimo. Questi fatti permettono di comprendere la diffusione degli stimoli da un organo ammalato e possono gettare qualche luce sulla genesi di alcune malattie gastro-intestinali.

FIL.

CHIRURGIA.

L'estrazione dei proiettili di guerra.

(SALVA MERCADÉ. *Rev. de Chir.*, anno XXXV, n. 5).

L'estrazione dei proiettili di guerra non è una operazione da tentarsi alla leggera, come se si trattasse della ricerca più o meno facile di un corpo estraneo dimostrato dalla radiografia, quasi per cominciarsi ad addestrare nella chirurgia; ma deve costituire un intervento metodico per il quale occorre stabilir bene le indicazioni, le controindicazioni e la tecnica.

Lasciando a parte i casi di proiettili intracranici, intra-toracici ed intra-addominali, per i quali occorre uno studio speciale, l'estrazione di tutti gli altri proiettili è indicata: 1° se sono causa di disturbi funzionali; 2° se cagionano dolori; 3° se per la loro posizione possono compromettere lo stato del ferito; 4° se mantengono un seno fistoloso permanente o intermittente; 5° se si manifestano segni di intossicazione; 6° se sono pretesto ad una volontaria incapacità e considerati dal ferito come una salvaguardia per il ritorno in servizio.

I *disturbi funzionali* sono con difficoltà controllabili: tuttavia la localizzazione precisa permette il più delle volte di stabilire se un proiettile per la sua forma irregolare, acuta, per la vicinanza con elementi nervosi o superfici articolari possa riuscire intollerabile in certi movimenti oppure restare del tutto innocuo fra i tessuti.

I *dolori* costituiscono una indicazione operatoria tassativa. Essi possono essere cutanei, muscolari, nervosi, ossei, articolari.

Sono *cutanei* quando il proiettile irrita gli elementi nervosi della cute ed è situato in speciali regioni soggette a pressione esterna (palmo della mano, pianta del piede); *muscolari*, se per la situazione in mezzo ad una valida massa muscolare, quando questa si contragga, irriti le fibre con le quali viene a contatto diretto con i suoi bordi e le irregolarità della superficie; *nervosi* se il proiettile si trovi in prossimità di qualche nervo e talvolta addirittura nel corpo del nervo stesso.

I dolori ossei ed articolari sono a loro volta determinati dalla presenza del proiettile nel tessuto osseo o in una cavità articolare. È necessario mettersi sempre in guardia dalle simulazioni dei feriti e tanto più quando essi accusino dolori riferibili a queste due ultime varietà. Il dolore osseo non può esistere che se attorno al proiettile la radiografia riveli un processo di osteite o chiusa od aperta all'esterno attraverso seni fistolosi, e se, nel caso di proiettili intra-articolari, sono impiantati su uno dei capi ossei. È indispensabile non mostrare mai ai feriti le radiografie o dichiarare in che punto si trovi il proiettile, per impedire che essi possano precisare il loro punto doloroso ed avere così un elemento utile ad evitare simulazioni.

La *sede* dei proiettili ha grande importanza nelle indicazioni operatorie: l'intervento deve praticarsi ogniqualvolta vi sia minaccia per un organo importante. Tutti i proiettili situati in vicinanza delle arterie, delle vene, dei nervi, devono, per ragioni ovvie, essere asportati: sarà perciò sempre indicato l'intervento per proiettili rimasti nelle regioni del collo. Parimenti debbono estrarsi i proiettili situati tra i frammenti di una frattura non ancora consolidata per evitare postumi di osteomielite del callo, e quelli rimasti nel bacino dove di solito danno luogo a suppurazioni prolungate e talvolta a perforazioni intestinali.

In presenza di un *seno fistoloso* già stabilito è vano perdere tempo in tamponamenti, drenaggi, instillazioni di sostanze medicamentose. La guarigione se avviene non è che apparente: dopo qualche tempo il seno si apre di nuovo. L'unico rimedio efficace consiste nell'asportazione del proiettile.

L'*intossicazione*, riferibile secondo taluno all'assorbimento del rame o del piombo dei proiettili, disciolto dai liquidi organici, costituisce secondo l'A. più una indicazione teorica che pratica; tuttavia egli ha osservato un caso in cui la cavità formatasi attorno ad un proiettile rimasto nella massa del gran trocantere era tappezzata di un deposito di piombo fuso a spese del proiettile stesso.

Una indicazione formale all'intervento è data invece dalla presenza di quei proiettili che non furono asportati o per negligenza o per eccesso di prudenza dei sanitari, o per pusillanimità dei feriti, o perchè questi desiderano custodirli gelosamente per farsene ragione di *incapacità al servizio*.

Qualsiasi proiettile deve essere lasciato in posto quando è perfettamente tollerato dai tessuti e non cagiona disturbi funzionali; quando il volume è così piccolo che la ricerca riuscirebbe certamente vana o quando la situazione è tale da non permettere l'asportazione se non a prezzo di sacrificio e maltrattamenti considerevoli di tessuti così da far correre pericolo al ferito; quando infine lo stato generale è in condizioni tali che la presenza del proiettile assume una importanza molto secondaria.

L'atto operativo, per quanto semplice, richiede speciale attenzione e comprende parecchi tempi che conviene valutare e stabilire bene caso per caso. Qualsiasi metodo di anestesia è buono purchè riesca completa. Come via per giungere al proiettile non deve scegliersi la più breve, ma preferire sempre la via anatomica, sia pure sinuosa, sempre attraverso interstizi muscolari e fasce aponeurotiche, proteggendo ed allontanando gli elementi che debbono essere rispettati. La sede delle incisioni operatorie va sempre convenientemente studiata, ricordando che il soggetto deve poter tornare alle sue funzioni militari, e che però sarebbero dannose future cicatrici in parti del corpo su cui debba poi arrecare fastidio l'uso delle armi o degli indumenti militari.

La ricerca del proiettile va fatta servendosi della radiografia per l'orientamento su la via da seguire; ma una volta penetrati su la retta strada e sulla guida del dito, sarà facile scoprire la sede precisa del proiettile attorno al quale si trova sempre del tessuto fibroso cicatriziale: dopo l'estrazione si potrà suturare *per primam* se si avrà avuto cura di non maltrattare i muscoli, di seguir bene le norme suesposte, di non lasciare spazi vuoti, di suturare i piani aponeurotici incisi durante la ricerca del proiettile; in caso contrario sarà più prudente applicare un drenaggio per qualche giorno. Insuccessi sono sempre possibili per la piccolezza del proiettile, per l'errata via di accesso, per la cattiva indicazione. Sarà anzi a tale proposito opportuno ricordare che l'atto operativo deve seguire immediatamente l'esame radioscopico o radiografico; poichè certi pro-

iettili hanno tendenza a spostarsi e però se l'intervento è tardivo possono al momento dell'operazione non trovarsi più nel punto in cui li segnalarono le ricerche radiografiche.

L'A. chiude le sue osservazioni raccomandando che l'estrazione dei proiettili di guerra sia sempre affidata a chirurgi di carriera i quali sapranno discutere le indicazioni e le controindicazioni per non decidere l'intervento se non dopo avere attentamente studiati tutti i punti del problema.

L. GUIDI.

Dell'estrazione tardiva dei proiettili intra-polmonari. Tecnica operatoria della chirurgia del polmone.

(PIERRE DUVAL. *Revue de Chirurgie*, anno 35°, n. 3).

I proiettili intrapolmonari si possono distinguere dal punto di vista anatomo-patologico in tre varietà:

a) proiettili situati dentro un blocco polmonare infiammatorio, aderente in massa al torace, con o senza presenza di un seno fistoloso;

b) proiettili situati dentro un polmone sano, libero da aderenze;

c) proiettili in un polmone normale, ma con la pleura contenente un versamento ematico in atto; oppure già riassorbito lasciando delle aderenze fra i due foglietti pleurici.

Questa distinzione anatomo-patologica è importante perchè le indicazioni operatorie e la tecnica differiscono a seconda delle varietà di proiettile da estrarre.

E' necessario procedere all'estrazione sistematica di tutti i proiettili? Per la prima varietà la risposta non può essere che affermativa; poichè l'estrazione del proiettile che mantiene l'infezione è il solo mezzo capace di guarire il focolaio polmonare e far chiudere la fistola, quando esista. L'intervento è di una grande semplicità e non rappresenta in realtà che l'estrazione di un corpo estraneo contenuto nel blocco toracico.

Per le altre varietà può sorgere la discussione; poichè i partigiani della astensione pongono il problema su la opportunità di una operazione se non grave tuttavia non del tutto scevra di pericoli, per allontanare un proiettile ben tollerato dall'organismo, o dall'organo, che non determini disturbi nè generali nè locali. E certo così posto il problema non potrebbe avere se non una risposta negativa; ma è facile dimostrare come nessun proiettile sia tollerato perfettamente bene; poichè tutti i feriti esaminati dopo parecchio tempo accusano o un dolore toracico fisso e costante in rapporto con la localizzazione del proiettile o a distanza da esso; quasi tutti soffrono di dispnea che aggrava i loro disturbi, presentano all'esame radioscopico minore capacità respiratoria, ed il polmone minore mobilità del diaframma dal lato in cui trovasi il proiettile, che può esser causa di lievi emottisi tardive o di ulcerazione di vasi polmonari importanti; ed anche se in apparenza ben tollerato può trovarsi talvolta entro ascessi polmonari incistati.

Per qual ragione adunque non estrarre i proiettili dal polmone come da qualunque altra parte del corpo? V'è forse una maggiore gravità operatoria?

L'A., basandosi su l'esperienza fatta in quaranta interventi si propone di dimostrare ciò che Marion aveva già dichiarato: che cioè il timore della chirurgia intratoracica è del tutto teorico; che essa non presenta alcuna gravità particolare, non ha bisogno di installazioni speciali.

Prima di procedere all'intervento è indispensabile un completo esame radioscopico generale del polmone, tanto dal punto di vista anatomico che fisiologico, per rendersi conto esatto dello stato del tessuto polmonare, della presenza del proiettile, della sua localizzazione. Questa ricerca va fatta sempre in collaborazione fra il radiologo e il chirurgo. Occorre non confondere le ombre radioscopiche o radiografiche dovute a falsi proiettili con quelle dipendenti da proiettili veri: quelle si presentano come opacità ineguali, a bordi frastagliati, situate di solito presso l'ilo, talvolta anche in pieno tessuto polmonare; sono causate da calcificazioni di glandole o di focolai tubercolari del polmone; queste invece hanno una opacità uguale su tutti i punti ed i bordi netti.

Determinato lo stato del polmone e fissata la situazione del proiettile tre diverse tecniche sono state fino ad ora proposte per aggredirlo: Marion per evitare il pneumotorace e l'infezione pleurica sutura il polmone libero alla pleura parietale e penetrando col dito attraverso il parenchima polmonare va alla ricerca del proiettile. Questa tecnica, sebbene M. dichiari di non averne avuto inconvenienti, espone al pericolo di emorragie gravi; fissando il campo di penetrazione nel polmone obbliga ad attraversare una determinata zona di parenchima, senza considerare se il proiettile sia più o meno vicino ad altri punti della superficie polmonare; determina delle aderenze pleuro-polmonari

ed una zona di sclerosi polmonare. Mauclaire, incisa la parete toracica resecando, se occorre, un tratto di costa, penetra nel tessuto polmonare sotto la guida dei raggi X ed estratto il proiettile sutura la pleura senza curarsi della ferita polmonare. Tale tecnica oltre a presentare l'inconveniente di quella di Marion per il fatto che la ricerca del proiettile avviene senza il controllo della vista può dar luogo ad un discreto emotorace per il gemizio dalla ferita polmonare non suturata. L'A. pratica l'apertura larga della pleura, la esteriorizzazione del polmone, la estrazione del proiettile dal punto più vicino alla superficie polmonare. Suturata la ferita polmonare in modo completo ripone il polmone entro la cavità toracica, asciuga l'eventuale versamento ematico nella pleura e richiude completamente la ferita della parete avendo cura, ad operazione terminata, di aspirare l'aria penetrata nella cavità pleurica.

Se il polmone è aderente alla pleura procede al distacco o con le dita o con le forbici e col bistori. Di solito tali aderenze non sanguinano, ma se ciò avvenisse bastano alcuni punti per far cessare ogni gemizio.

Tutte queste manovre sono, secondo l'A. di una semplicità straordinaria: nè la respirazione nè il polso vengono turbati; si può esteriorizzare senza inconvenienti tutto un lobo polmonare quasi fino all'ilo; la penetrazione larga nella pleura non presenta alcun pericolo particolare.

Questa chirurgia specialissima dei proiettili intrapolmonari conduce dunque ad una completa modificazione della chirurgia polmonare poichè ha dimostrato che il pneumotorace chirurgico progressivo e totale quando l'apparecchio cardio-polmonare è sano non presenta alcun danno ed il polmone non deve più essere per i chirurgi un organo temibile come lo era prima di questa pratica della chirurgia di guerra.

L. GUIDI.

Rimozione di proiettile dal pericardio.

(WILLIAM E. LOVER. *Annals of Surgery*, vol. 23).

Il 1° novembre uno zuavo francesce, avanzando con la sua compagnia per prendere una ridotta, veniva colpito da una pallottola di fucile, che entrava a circa 4 cm. a sinistra della 1ª vertebra dorsale: emissione di un po' di sangue con l'espettorato; dolore scarso o nullo. Dall'ospedale da campo veniva, dopo qualche giorno, trasferito a un ospedale di base, dove, alla radiografia, si constatò la presenza di un proiettile nella zona d'ombra del cuore, e che si muoveva a ciascun impulso cardiaco. Il foro d'entrata guarì rapidamente, e il paziente non soffriva notevoli disturbi; l'emorragia dai polmoni era cessata dopo pochi giorni.

Entrò nell'Ambulanza americana, di cui fa parte l'A., circa tre mesi e mezzo dopo la ferita: all'ingresso, il paziente, ben nutrito, non accusava dolore alcuno: egli si lagnava solo di una rapida stancabilità e dispnea dopo piccole fatiche. Un secondo esame radiologico dimostrava l'ombra della pallottola vicino all'apice del cuore, con la punta diretta in alto e all'interno; e la radioscopia ne faceva vedere movimenti rotatori sincroni alle contrazioni cardiache. Si pensò che la posizione del proiettile fosse responsabile della dispnea, e che in qualche modo disturbasse meccanicamente l'azione cardiaca: dopo una settimana di osservazione, l'A. decideva di tentare la rimozione.

Operazione. Anestesia ossido d'azoto-ossigeno. Lembo cutaneo muscolare rettangolare, sollevato all'esterno: estendendosi l'incisione verticale dal punto di attacco della IV costa a quello della VI e VII. Quarta, quinta e sesta costa sono sezionate al punto di attacco cartilagineo. Sezione dei muscoli intercostali fra la IV e la V costa. Sollevamento delle costole, con dissezione accurata, isolando la mammaria che non è tagliata. Si ha così un campo sufficiente per l'ispezione della pleura e pericardio, retratti, e per le manipolazioni successive. Allora, palpando, si percepisce già la pallottola, moventesi a ogni impulso cardiaco, con la punta entro il pericardio e il muscolo cardiaco (non si sa quanto ma non certo fino all'interno del ventricolo sinistro) e la base apparentemente fuori. Distesi con delle pinze sulla base del proiettile i tessuti, questi vengono tagliati e la pallottola afferrata con un *Klemmer*, rimossa senza provocare emorragia, essendosi ben incistata. Con essa fuoriesce piccola quantità di sangue stravasato da vecchia data. Non si ritiene opportuna una esplorazione ulteriore o la sutura dell'incisione ultima. Praticamente, l'operazione è decorsa esangue: non si sono lese nè la mammaria interna nè le intercostali. Sutura da materassaio con *catgut* dei muscoli intercostali; e della cartilagine allo sterno con punti staccati. Piccolo drenaggio per una eventuale suppurazione.

Dopo due giorni si sviluppò una polmonite destra; e, più tardi, quando il polmone sinistro cominciò a espandersi, seguiva una polmonite sinistra, cui succedeva un versamento che richiese poi la resezione costale. Ma di tutte queste complicazioni il paziente riusciva salvo, raggiungendo una guarigione completa.

Il punto più importante su cui l'A. desidera richiamare l'attenzione è il metodo di accesso praticato: la sezione degli attacchi cartilaginei e dei muscoli fra due coste, sì da mettere a giorno, col divaricamento, un campo a forma di V. Ciò assicura un vasto campo d'azione, e le costole non sono fratturate, il che accelera la convalescenza e la rende meno dolorosa. Il metodo è evidentemente praticabile per qualunque altro intervento si debba eseguire sul muscolo cardiaco stesso. SEBASTIANI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Harvey e Cesalpino; un'ultima parola intorno alla controversia sulla scoperta della circolazione del sangue.

(G. BILANCIONI. Estratto dall'*Archivio di Fisiologia*).

Quest'ultima parola del valentissimo cultore della storia delle scienze mediche intorno alla controversia sulla scoperta della circolazione del sangue non solo è stata quanto mai opportuna e lodevole, ma era necessaria a tutela della scienza Italiana. Si deve perciò esserne grati all'esimio e laborioso prof. Guglielmo Bilancioni.

È noto che questi ha con saggia e serena critica positiva dimostrato già che a Cesalpino e non ad Harvey si deve la grande scoperta della circolazione del sangue, e che quest'ultimo non l'ha che in modo ordinato e metodico chiaramente illustrata e divulgata.

Era perciò convinzione di molti che si dovesse oramai credere risoluta la lunghissima controversia con la rivendicazione assoluta del merito della scoperta geniale e importissima al grande naturalista Cesalpino.

Il dott. Fraser Harris che aveva già contraddette le affermazioni precise del Bilancioni ha voluto ritornare in campo contro i cesalpiniani e sopratutto contro il Bilancioni, presentando all'ultimo Congresso internazionale di medicina a Londra una nuova risposta contro il Cesalpino.

Senza potere qui minutamente riassumere la polemica, giova notare che il medico inglese ha premesso nella sua replica di avere creduto più proficuo di dedurre da documenti frammentari, che l'Harvey e non Cesalpino è l'autore della grande scoperta, piuttosto che di ritornare a fare una critica a ciò che il Bilancioni ha detto nell'ultimo suo studio che, a suo dire, non sarebbe che una interpretazione dei passi degli scritti di Cesalpino che si riferiscono alla circolazione del sangue.

Se si può comprendere la tenacia dell'Harris nel cercare ogni mezzo per togliere valore alle dimostrazioni positive del Bilancioni, non si può dare troppo valore al suo metodo di difesa, poichè nel suo scritto non fa che raccogliere asserzioni note che non tolgono valore alcuno alle prove messe innanzi dal Bilancioni, a rivendicare a Cesalpino tutto il merito della grande scoperta.

Se per poco si esamina il primo lavoro del Bilancioni, appare evidente che ha così chiaramente esposto e coordinato i passi del Cesalpino, che ne rifulge il merito grande nella scoperta della grande come della piccola circolazione del sangue.

Ci rincresce dire pertanto che la replica dell'Harris è ben meschina cosa, dettata più che da convinzioni positive scientifiche infallibili, da spirito di nazionalità, da amor di razza.

Egli ha basato la sua polemica contro il Bilancioni su una serie di citazioni spigolate qua e là da diversi scrittori, specie nel tempo dell'Harvey, nelle quali si dice senza dimostrazioni che questi è lo scopritore della circolazione del sangue. Ed allora fu da taluni creduto tale per il lavoro meritevole di esame che aveva sull'argomento pubblicato.

Però le citazioni dell'Harris non presentano un vero valore positivo scientifico, dimostrativo, mancando di qualsiasi chiara documentazione probativa. Egli ha cercato fra molti scritti antichi di dubbio valore gli argomenti, le affermazioni a sostegno della sua opinione, e fra questi ha offerto come principale ed importante, un passo di un poema latino di Roberto Grove nel quale si afferma soltanto che l'Harvey aveva fatta la scoperta della circolazione del sangue. Del pari ha creduto di trovare un'altra conferma sicura in un passo di un libro dello Sculteto di Ulm, che fu studente a Padova ove ebbe conoscenza del libro dell'Harvey.

Giudico opportuno di notare, che la grande scoperta di Cesalpino, come spesso avviene, non fu abbastanza valutata, o non bene compresa dai contemporanei, perchè troppo sparsa in diversi lavori di lui ed anche perchè circondata da superflue disquisizioni accademiche, e così senza approfondire i fatti prese piede la leggenda che invece fosse l'Harvey lo scopritore della circolazione del sangue, molto più che questi seppe bene illustrarla in un libro degno di essere ben esaminato e ponderato.

L'Harris ha creduto di trovare anche un documento in favore della sua tesi riferendo il passo di una epigrafe posta nella chiesa di Hempted sotto il busto dell'Harvey, in cui è det-

to che questi *fu il primo, dopo molte migliaia di anni, a scoprire il perpetuo movimento del sangue*. Però ognuno di leggieri comprende qual valore possa avere quest'epigrafe quale documento probativo, se non dall'avere raccolto la voce che attribuiva all'Harvey il merito singolare del Cesalpino.

Senza seguire il Bilancioni nella sua breve, ma stringente memoria nella quale abbatte tutte le citazioni dell'Harris, dobbiamo rilevare che questi si è valso per la sua tesi perfino di un palese errore dell'Ercolani, noto maestro di anatomia animale a Bologna, il quale dopo aver sostenuto i meriti del Ruini nello studio della circolazione del sangue, volle che fosse collocata nella scuola veterinaria una epigrafe nella quale è detto che: *Carlo Ruini pregiato ippiatra bolognese primo l'arte veterinaria scientificò e primo rivelò la circolazione del sangue*.

Sarebbe desiderio nostro che venisse esaudito il voto del Bilancioni che, senza la più lontana offesa al nome dell'Ercolani, codesta epigrafe venisse tolta al più presto, errata nella forma e nella sostanza, indecorosa in una scuola celebre.

Per conchiudere dobbiamo dire che le numerose pubblicazioni citate dall'Harris a sostegno della sua opinione non hanno, nel modo più obbiettivo, alcun valore scientifico, e che il Bilancioni ha distrutte le ultime mal sicure trincee del suo contradittore, e per ciò ripetere che la polemica troppo lunga si deve ritenere chiusa essendo esaurite tutte le prove.

Oramai è uopo di persuadersi che il Cesalpino fu realmente lo scopritore della circolazione del sangue, secondo i documenti più precisi, e che l'Harvey seppe con acume comprenderla, descriverla, divulgarla, tacendo il nome del sommo naturalista, che lo aveva preceduto.

Prof. D. BARDUZZI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

Il meccanismo di produzione dei riflessi tendinei.

In base ai dati forniti dai precedenti autori e dalle proprie esperienze, Castex (*Comptes Rend. Soc. Biol.*, 1917) è venuto nella convinzione che nella produzione del riflesso tendineo l'eccitazione delle parti sensibili non ha sede nel punto di percussione del tendine. Le parti eccitate si trovano nella compage stessa del muscolo che in conseguenza della percussione del tendine viene ad essere improvvisamente allungato e teso, il che provoca una eccitazione degli organi sensitivi muscolari. È per questo che è più facile provocare il riflesso in quei muscoli forniti di un tendine che forma come un ponte su tessuti molli e quindi depressibili. Nella produzione del riflesso patellare la rotula trasmette la trazione, che avvenendo nel senso stesso delle fibre rende il fenomeno più evidente. In ogni caso la contrazione, che è un fatto fisiologico riflesso, segue sempre ad un allungamento, ad uno stiramento sia pur minimo del muscolo determinato dalla percussione del tendine corrispondente. Tanto ciò è vero che la percussione di un muscolo teso e depressibile può, se essa è molto intensa e rapida provocare il riflesso in seguito all'allungamento del muscolo: questo riflesso in ogni modo non deve essere confuso con la contrazione idio-muscolare per eccitazione diretta delle fibre.

D'altra parte imprimendo uno spostamento improvviso di un segmento dell'arto si determina la contrazione riflessa dei muscoli allungati dallo spostamento. In questo caso si hanno condizioni più favorevoli per la produzione del fenomeno quando il punto percosso per determinare lo spostamento non è rivestito di abbondanti parti molli che attutiscono il colpo, per modo che più efficace riesce la percussione fatta su una superficie ossea coperta dalla sola pelle e per ovvie ragioni meccaniche nella estremità distale del segmento. Così si spiegano alcuni riflessi che nella pratica neurologica non vanno designati neppure col nome di tendinei, come ad es. il riflesso del radio ordinariamente considerato come un riflesso osseo o periosteo. In realtà questo è un fenomeno complesso costituito essenzialmente dal riflesso determinato dalla contrazione dei muscoli flessori dell'avambraccio consecutivo al loro allungamento. L'apofisi stiloide del radio perchè coperto da scarsi tessuti molli e per la sua posizione costituisce un ottimo punto di percussione; non è l'eccitazione dell'osso o del periostio che provoca la contrazione, ma lo stesso allungamento dei muscoli determinato dallo spostamento dell'avambraccio occasionato dal colpo. Da queste considerazioni si deduce il corollario che la contrazione riflessa può essere provocata dalla percussione di un segmento di arto che porta con sè l'estremo d'inserzione dei muscoli eccitati.

Le contrazioni riflesse ritmiche che costituiscono il clono della rotula del piede possono spiegarsi così: il primo allungamento dei muscoli determina una prima contrazione riflessa; al momento del rilasciamento la mano dell'esaminatore, che non ha cessato la sua trazione, allunga di nuovo il muscolo e determina una seconda contrazione, e così di seguito: donde la necessità della trazione costante per mantenere l'eccitazione. *a. a.*

CASISTICA.

Sugli spostamenti dei corpi estranei nell'asse cerebro-spinale.

Tutti i corpi estranei di varia natura, che possono penetrare nell'asse cerebro-spinale, sono suscettibili di spostamenti, semprechè le loro dimensioni lo permettano. (A Cortesi e F. Bonola, *Riforma medica*, 11 maggio 1918). Quelli di densità press'a poco corrispondente alla densità della sostanza nervosa possono spostarsi in dipendenza delle pulsazioni della sostanza cerebrale, mentre i corpi più pesanti si spostano esclusivamente sotto l'azione della gravità. Solo questi ultimi presentano speciale interesse per la chirurgia di guerra.

Nell'*encefalo* gli spostamenti possono essere più ampi che nel midollo; per la presenza dei sepimenti meningei, essi si effettueranno quasi esclusivamente nell'ambito di un solo emisfero. Sebbene poi gli spostamenti possano avvenire teoricamente in tutti i sensi, pure in pratica si verificano con maggior frequenza e maggiore escursione lungo il suo diametro antero-posteriore, ovverò lungo il diametro trasversale, o dall'alto al basso, e ciò in dipendenza delle posizioni mantenute dai malati. Nel lobo temporo-sfenoidale gli spostamenti non sono molto estesi, in causa dell'angustia della fossa cranica media e dell'accentuazione delle due curve.

Per quanto riguarda il *midollo spinale*, i corpi estranei, penetrati nel rachide, hanno per condizioni di eventuali spostamenti il loro piccolo volume, la regolarità della superficie ed il loro alto peso specifico. Occorre poi tener presente che ogni corpo estraneo, che penetri nel rachide e vi si trattenga, deve necessariamente ledere il midollo, a meno che non sia eccessivamente piccolo e non s'introduca nella regione lombare.

Sia poi per il midollo che per l'encefalo, gli spostamenti sono resi possibili solo dallo spappolamento della sostanza nervosa.

Oltre agli spostamenti spontanei, ve n'è un'altra categoria costituita da quelli che si verificano in seguito a manovre operatorie, quali la craniotomia e la laminectomia eseguite con lo strumentario comune (sgorbie, scalpello e martello).

Le condizioni per cui si verificano tali spostamenti provocati sono le stesse che per gli spontanei, condizioni che si trovano essenzialmente nei traumatismi di guerra, in cui il corpo estraneo trascina dietro a sè sostanze settiche d'ogni sorta, che provocano fenomeni reattivi: la zona di rammollimento sarà tanto più vasta, quanto maggiore è il tempo trascorso dal momento del traumatismo.

Gli AA. descrivono e riportano anche le radiografie di due osservazioni di tal fatta: una di esse, una palletta di shrapnell migrante nel rachide, dove fu trovata nella parte più declive della lesione nervosa: la mobilità era tale che bastò un leggiero contatto della pinza per spingere la palletta all'estremo limite della regione rammollita.

Nell'altro caso gli spostamenti della palletta nell'encefalo sono ancora più evidenti; la palletta, localizzata una prima volta con la radiografia, non venne poi trovata all'atto operativo; le radiografie successive dimostrarono lo spostamento della palletta, spostamento che si riprodusse sperimentalmente, tenendo penzoloni la testa del malato ed imprimendovi alcuni colpi col martello di gomma da riflessi; l'ampiezza di tale spostamento (misurata radiograficamente) fu in tal caso di cm. 5 1/2, sempre sullo stesso piano.

Dalle osservazioni gli AA. traggono le seguenti norme pratiche:

1.) Nel caso di ferite beanti traumatiche o di ferite operatorie, zaffare il più lassamente possibile.

2.) Inviare i feriti del cranio e del rachide presto in ospedali in cui possano trovare i mezzi necessari di indagine clinica (esame specializzato, radiografia), ed in cui possano subire interventi definitivi ed essere trattenuti fino a guarigione chirurgica definitiva. In tal modo l'intervento definitivo può aversi mentre i processi di rammollimento infiammatorio sono poco avanzati.

3.) Eseguite le due radiografie per la localizzazione del proiettile, far decombere il ferito sul lato che favorisce per gravità lo spostamento del proiettile verso la parte da cui dovrà venire aggredito.

4.) Poco prima dell'operazione controllare con una nuova radiografia se il proiettile trovasi sempre allo stesso posto; in seguito muovere il ferito meno che sia possibile.

5.) Negli interventi sul cranio e sul rachide

per l'estrazione di proiettili, che la radiografia non abbia mostrati incastrati tra frammenti ossei, debbono bandirsi gli scalpelli, le sgorbie ed il martello e fare uso invece di trapano, frese, pinze di Dahlgreen, seghe di Gigli con protettore, ecc., allo scopo di evitare il più possibile alla sostanza nervosa le scosse brusche.

ini.

TERAPIA.

La terapia dell'asma nervoso.

Bisogna distinguere fra la *neurosi asmatica*, cioè quel complesso di condizioni che rendono possibile il presentarsi dell'asma, e l'*accesso asmatico*, che è da considerare come il sintoma più notevole della stessa neurosi.

La causa determinante dell'accesso asmatico è lo spasmo bronchiale, cioè la contrazione spastica dei muscoli lisci dei piccoli bronchi. Finchè dura questa, l'accesso asmatico persiste, mentre cessa non appena cessa il broncospasmo.

Però il meccanismo con cui si forma il broncospasmo non è ancor completamente noto. La teoria più largamente accettata (P. Marfori, *Bollettino delle Cliniche*, 1917, n. 11) è quella della vagotomia: si tratta probabilmente di aumentata produzione di ormoni tiroidei vagotonici. Comunque, l'influenza delle ghiandole endocrine va tenuta in massimo conto.

La terapia dell'accesso asmatico va quindi diretta nel senso della opoterapia. Bastano di fatto quantità piccolissime di adrenalina per troncare in pochi minuti l'accesso d'asma anche grave. Ora, siccome tale sostanza agisce eccitando il simpatico, si deve ammettere che l'accesso di asma nervoso sia primitivamente determinato da una paresi del simpatico bronchiale.

Un'azione antagonista alla adrenalina viene invece esercitata, come ha dimostrato l'A., dal prodotto di secrezione dei gangli linfatici. Si dovrebbe quindi ammettere che l'accesso di asma nervoso sarebbe l'esponente di iperfunzione ormonica del tessuto linfatico.

La opoterapia dell'accesso asmatico è dunque da ritenersi eziologica e specifica. Si pratica l'iniezione di ¼-½ cmc. di soluzione di cloridrato d'adrenalina a 1 ‰, dose che non provoca disturbi secondari, continuando poi la cura per bocca, sia con granuli di adrenalina, sia con preparati surrenali.

Occorre tenere ben presente però che le iniezioni di adrenalina possono riuscire pericolose anche a piccolissime dosi nei casi di asma di altra natura (cardiaco, ecc.). All'adrenalina si può associare l'estratto ipofisario (R. Bensaude e L. Hallion, *Presse médicale*, 8 aprile), il quale agisce nello stesso senso, ma in modo più lento e durevole, sicchè ritarda il ritorno di altri accessi, probabilmente in seguito ad azione ipotensiva, che esso eserciterebbe sull'arteria polmonare.

La soluzione usata dagli AA. contiene per cmc. mezzo milligrammo di cloridrato d'adrenalina ed estratto ipofisario disalbuminizzato in quantità corrispondente a gr. 0.25 di ghiandola fresca.

Generalmente l'iniezione non provoca malessere, solo talvolta tremore, debolezza di gambe, agitazione, battiti cardiaci; raramente essa è dolorosa.

Si ha generalmente un rapido senso di sollievo, a cui segue di solito la calma completa, e, se l'accesso è notturno, un buon sonno.

Il trattamento generale va diretto a modificare lo stato di linfatismo.

I composti iodici sono utili perchè modificano la diatesi asmatica data da uno stato linfatico, primitivo o secondario, che è responsabile della fabbricazione della linfoganglina: è nota infatti l'azione dissolvente ed atrofizzante dello iodio sui tessuti linfatici.

L'antico uso dell'arsenico trova oggi la spiegazione scientifica sulla sua influenza arrestatrice delle secrezioni neuroparalitiche; e nell'asma trova doppia indicazione, perchè spesso esiste anche idrorrea nasale — che può avere rapporti ciflessi coll'accesso — ed è appunto contro l'idrorrea che fu da Ringer preconizzato l'arsenico.

I sali di calcio, che si sogliono adoprare, trovano anche essi nelle vedute suesposte la loro spiegazione, in quanto avrebbero la proprietà di diminuire l'eccitabilità del sistema nervoso vegetativo e delle terminazioni motrici cerebrospinali.

Come si vede, dunque, sotto questa nuova luce appare razionalmente spiegata la cura dell'asma, quale era anche antecedentemente in gran parte fatta, e si dimostra la necessità di associare i diversi rimedi, quali adrenalina, iodio, arsenico e calcio.

G. SABATINI.

Il fascicolo del 1° agosto della nostra SEZIONE MEDICA, contiene i seguenti lavori:

I. Dott. CARLO GUARINI. *L'osteoporosi nei traumatizzati di guerra ed in alcuni processi infiammatorii cronici.*

II. Dott. ILARIO ROMANELLI. *L'appendicite in rapporto all'assicurazione-Vita.*

III. Dott. GUIDO VOLPINO. *Nota sulla terapia sperimentale della tubercolosi.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(961) *Nella bulimia accompagnata a vertigini.* — All'abb. n. 6781:

La cura della bulimia con vertigini non può che essere *causale*: l'esame completo del malato deve fornire la chiave terapeutica. Nello stesso soggetto i due sintomi possono essere l'esponente d'uno stesso disordine organico, come il frutto dell'associazione di due elementi morbosi (stomaco, per es., o malattie del ricambio e lesioni auricolari); finchè la cura si limiterà ai sintomi, essa potrà avere qualche successo di breve durata, ma è destinata a fallire. *t. p.*

(962) *Elixir acido di Haller.* — All'abb. 3398:

È costituito da una miscela a parti uguali di acido solforico concentrato e di alcool a 90°. Si forma un po' di etere solforico. Si usa come l'acido solforico per limonee minerali, diluito in acqua fino a grato sapore acido.

FIL.

(963) Al dott. B. de V., abbonato 1713:

Per le malattie di stomaco: F. RAMOND. *Les dyspepsies envisagées au seul point de vue clinique.* Maloine éd., Paris. — R. COLEMAN KEMP. *Stomach, Intestines, Pancreas.* W. R. Saunders, Philadelphia e Londra. Prezzo dollari 8.50.

Per la ginecologia, i trattati di S. POZZI (Fr. Vallardi), di LABADIE-LAGRAVE e LEGUEU (Un. tip. ed. Torino. L. 25) e di KÜSTNER (Soc. ed. libraria, Milano. L. 18).

Per le malattie renali: I. CARLES. *Précis des maladies des reins.* C. Doin éd., Paris (data dal 1907). — DEBOVE, ACHARD e CASTAIGNE. *Manuel des maladies du rein et des capsules surrénales.* Masson et C.ie, Paris. INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

Contributo e studi sperimentali sui materiali impiegati per la protesi degli arti. Un vol. in-8°, di pag. 150, oltre a numerose tavole. — Bologna, Stabilimenti tipografici riuniti. Prezzo L. 8.

Non v'ha chi disconosca l'importanza di conoscere bene la resistenza di un determinato materiale prima di usarlo nella fabbricazione degli arti artificiali. Gli sforzi a cui questi vanno soggetti, sforzi intensi e soprattutto ripetentisi un grandissimo numero di volte, sono tali che, se il materiale non è fornito di adeguata resistenza, in breve tempo l'arto diventa inutilizzabile con grave scapito del mutilato.

(18)

È quindi da salutarsi con vero compiacimento il sorgere in Italia di un Istituto sperimentale della protesi degli arti, per iniziativa del prof. V. Putti dell'Istituto Rizzoli e con il concorso della R. Scuola d'applicazione degli Ingegneri di Bologna. Una analoga istituzione è stata fondata in Germania, nel 1916, a Charlottenburg.

L'ing. Armando Landini espone in questo interessante lavoro i risultati delle sue ricerche, descrivendo i particolari di tecnica e corredando lo studio con numerose fotografie.

Le ricerche riguardano il legno, la fibra, i metalli, il cuoio, la pelle; importanti, fra gli altri, sono i risultati ottenuti con la fibra, che pure è stata usata molto nella fabbricazione degli arti artificiali, e che invece viene nettamente sconsigliata. FIL.

Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, diretta dal professor G. Ferreri. Anno XV, 1917. Un vol. in-8°, di pag. 310, con tavole e figure. — Roma, Tip. Le Massime. Prezzo L. 10.

Gli importanti studî di questo volume denso di fatti e ricco di interessanti osservazioni riguardano sovratutto argomenti che si riferiscono alla medicina e chirurgia castrense. Ciò è ben lungi però dall'ingenerare monotonia, tanto è svariata la copia degli argomenti trattati, i quali toccano la medicina generale, le branche della specialità e particolarmente la medicina legale, che ha avuto, in questo ramo, un impulso notevolissimo dalla guerra.

Troppo lungo sarebbe parlare dei lavori più notevoli, per i quali rimandiamo i lettori alla consultazione del volume. Accenniamo solo ai due studî dello stesso prof. Ferreri sulla tubercolosi delle prime vie aeree nell'esercito, in cui vengono discussi alla stregua dei fatti i relativi problemi, e sulla sordità senile.

I rendiconti clinico-statistici dimostrano, con l'abbondanza del materiale raccolto, l'attività della clinica. *ini.*

VARIA.

L'aumento internazionale dei prezzi durante la guerra.

Il direttore dell'Ufficio di statistica di Calcutta ha pubblicato la seguente tabella sull'aumento dei prezzi dal luglio 1914: Italia 54 % (febbraio 1917); Vienna 171.7 % (gennaio 1917); Berlino 110.5 % (novembre 1916); Inghilterra 104 % (giugno 1917); Norvegia 82 % (marzo 1917); Svezia 70 % (marzo 1917); Danimarca 58 % (febbraio 1917); Svizzera 79 % (giugno 1917); Canadà 59 % (marzo 1917); Stati Uniti 41 % (aprile 1917); Nuova Zelanda 26 % (marzo 1917); Australia 25.6 % (marzo 1917); Calcutta 16 % (luglio 1917).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la tutela dei prodotti nazionali di uso sanitario.

L'Unione dei medici italiani per la resistenza nazionale si è proposta di svolgere un'azione allo scopo della tutela dei prodotti nazionali di uso sanitario, ed ha nominato una Commissione incaricata di studiare ed effettuare quanto sembrava possibile ed utile a tale scopo. La Commissione, accettando l'incarico, si è preoccupata innanzi tutto di mantenersi in una sfera elevata, rifuggendo nel modo più assoluto da particolarismi reclamistici e da manifestazioni che potessero avere anche solo una lontana parvenza di dedizione ad interessi di singoli.

La Commissione non disconosce il diritto ed il dovere che ciascun medico gelosamente custodisce, di provvedere all'assistenza dell'ammalato indipendentemente da qualsiasi considerazione estranea, da qualsiasi coercizione; ma, pure partendo da tale premessa, dichiara che non sa comprendere perchè alcuni medici si ostinino a non dare la preferenza ai prodotti farmaceutici italiani ogniqualvolta ciò è possibile; afferma che ciò è possibile nella gran maggioranza dei casi; crede che solo in linea di eccezione è ormai giustificata presso di noi la prescrizione di prodotti farmaceutici esteri.

La Commissione ha posto nel suo programma e svolgerà la sua attività attorno ai seguenti oggetti:

1° far conoscere al pubblico le condizioni dell'industria chimico-farmaceutica e dei prodotti di uso sanitario in genere nel paese nostro prima e durante la guerra; prospettare i desiderati relativi, durante la guerra e per il dopo-guerra. A ciò ottenere, non potendo evidentemente sopperire colle sole sue forze, ha richiesto e richiederà la collaborazione di personalità della scienza e dell'industria, e ne riporta le conferenze e gli articoli sul giornale *Il Medico Italiano;*

2° studiare il problema arduo, difficile, ma di essenziale importanza, del controllo della produzione chimico-farmaceutica nazionale;

3° far conoscere la produzione chimico-farmaceutica, e in genere di materiale di uso sanitario nazionale. Riterrebbe conveniente ed efficace mezzo un Congresso degli industriali con annessa mostra campionaria od esposizione.

Il prof. Murri, interpellato, ha espresso al riguardo il suo avveduto e preciso giudizio, nella seguente lettera che riportiamo da *Il Medico Italiano*:

Collega chiarissimo,

Dell'aver provocato anche in quest'occasione il mio giudizio io la ringrazio, benchè dubiti che sia per riuscir benefico a qualche cosa. Nondimeno io non lo manifesto a malincuore, poichè concerne pur sempre due cose eccelse, come sono l'Italia e la Medicina. E il mio voto è che fra esse non nascano conflitti. L'argomento, intorno al quale ella mi invita a dire la mia opinione, non è scevro di pericoli sotto questo rispetto. Io non sono punto un fautore incondizionato dei prodotti farmaceutici nazionali, quantunque non mi creda secondo a nessuno nel culto a questa cosa sublime, ch'è l'Italia ideale. Favorire l'industria italiana sta benissimo e io son tutto con lei. Ma come? Io ricevei lettere che mi rimproveravano di prescriver farmaci non italiani. Naturalmente io non risposi a nessuno, perchè non riconosco ad alcuno il diritto di giudicare la mia coscienza di medico. D'altra parte era anche troppo facile lo scorgere, che non potevano essere che interessati o semimbecilli coloro, che non s'accorgevano che la vera distinzione dei farmaci è quella, che li divide in utili od inutili, e non quella, che li classifica in italiani o stranieri. Il nazionalismo senza limiti bisogna lasciarlo alla nazione, che pretende Trieste, Ostenda o Calais, che dichiarà di voler rubare i bacini minerari francesi, che ha inventato gli assassini marittimi, perchè tutto ciò è *utile* alla Germania. Noi siamo discepoli di Mazzini e alleati di Wilson; noi combattiamo sopratutto per uno scopo morale, per far valere il diritto di noi e degli altri. *Che c'entra questo?* ella dirà. C'entra, perchè ci sono i malati, i quali hanno diritto d'avere da noi il consiglio che meglio tuteli la loro salute, sia che giovi o non giovi agl'industriali d'Italia. Il nostro più sacrosanto dovere è quello di fare per chi ci chiede aiuto il meglio che per noi si possa.

La Dio mercè, possiamo benissimo servire a quest'ordine supremo della nostra coscienza di medici ed aiutare anche il sorgere e il prosperare dell'industrie chimiche e farmaceutiche italiane. Ma per giungere a questo è tutt'altro che opportuno il denigrare ogni prodotto straniero ed esaltare ogni prodottto nazionale, bisognerebbe invece isterilire questa mefitica fungaia di pseudochimici, che inonda di farmaci insensati le farmacie e le quarte pagine. Costoro invece fanno ottimi affari perchè nessuno dice che la salute e la vita degli uomini non sono una merce qualunque da sfruttare per arricchire qualcuno. Al più umile farmacista, che spesso ignora anche dove si trovi lo stomaco dell'uomo, non pochi medici si prestano a rilasciare i certificati più laudativi per qualche suo intruglio, in cui l'arsenico, lo iodo e il ferro (*non si sa perchè*) son obbligati a stare insieme e in cui un battesimo greco o grecizzante basta perchè sia proclamato ristoratore di tutti i poteri biologici.

Questi sedicenti benefattori dell'uman genere speculano con assoluta sicurezza su quella pestifera piaga dell'anima umana, ch'è la credulità.

Per aiutare l'industria chimico-farmaceutica italiana bisogna purgarla, elevarla, sceverarla: bisogna fondare un tribunale supremo di Chimici, di Farmacisti, di Clinici non solo insigni, ma incorruttibili, il quale esamini i prodotti italiani colla più severa imparzialità scientifica e ne additi i pregi. Questo, certamente, non svellerà dalla terra la mala pianta della credulità: ci sarà sempre, se non l'ignorante, almeno lo stupido che ac-

cetta bambinescamente l'ignoto, l'oscuro, il miracoloso. Ma i buoni medici italiani, quando saran sicuri che, prescrivendo un farmaco nazionale, serviranno (quanto più è loro concesso) al bene dei loro malati, non penseranno mai più ai farmaci degli altri paesi. Ed io sarò il primo ad obbedire alle sentenze di persone competenti, che abbiano il culto del vero e non la fame dell'oro o, per lo meno, un concetto errato dei doveri che un medico ha verso l'industria del suo paese e verso la salute de' propri infermi.

M'abbia sempre, caro e stimatissimo collega, per suo aff.mo

A. Murri.

Il Medico Italiano ha pubblicato anche altri autorevoli giudizi sulla tutela della produzione sanitaria nazionale. Del problema si occupano con impegno anche alcuni altri periodici.

Ci limitiamo per ora a fissare l'attenzione dei colleghi sull'importante e non sempre spassionato dibattito, riservandoci di far sentire anche la nostra voce.

Per l'assunzione a medici di bordo.

Dalla segreteria dell'Associazione Nazionale dei medici di bordo, con sede in Genova, abbiamo ricevuto con notevole ritardo (imputabile al servizio postale) la seguente comunicazione:

Nel fascicolo 17 del *Policlinico,* Sezione pratica, a pag. 411, in una risposta che veniva data all'abbonato n. 8622, si trova scritto:

« Per potere imbarcare come medico di bordo è necessario rivolgersi ad una Compagnia di navigazione ed ottenere il posto su di uno dei piroscafi addetti a viaggi di lunga navigazione ».

In qualità di segretario dell'Associazione Nazionale dei medici di bordo con sede in Genova, via Palestro 2, mi permetto di rettificare la risposta col ricordare che oramai da anni la nostra Associazione, che raccoglie nel suo seno tutti i medici d'Italia forniti di apposita autorizzazione ministeriale a viaggiare, si è assunta, d'accordo con le Compagnie, l'ufficio di collocamento dei medici a bordo.

Non quindi alle Compagnie di navigazione si rivolgeranno i colleghi desiderosi di imbarcare, ma alla sede dell'Associazione Nazionale medici di bordo, la quale non solo dà sempre ad ogni collega tutte le spiegazioni possibili richieste, ma, e questo è l'importante, tutela il medico imbarcato munendolo di apposito contratto nel quale sono esposte le condizioni di imbarco (stipendio, trattamento per infortuni, indennità, ecc.).

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

ATTI PARLAMENTARI.

Contro l'incoraggiamento all'autolesionismo.

L'on. Dore ha presentato la seguente interrogazione al ministro della guerra:

« Per sapere se gli risulti che i Tribunali militari si siano dichiarati incompetenti a giudicare gli inscritti di leva quando essi si procurano lesioni allo scopo di ottenere la inabilità, poichè non potrebbero essere considerati come militari: e intanto alcuni di tali imputati, rimandati ai Tribunali ordinari per essere giudicati come borghesi, siano stati messi in libertà perchè i Tribunali ordinari si ritennero incompetenti ad applicare il Codice militare.

Se risultando realmente avvenuta questa strana interpretazione del decreto luogotenenziale 19 ottobre 1916, n. 1417 (il quale colpisce non soltanto i soldati, ma *chiunque* sopprima o menomi la propria idoneità al servizio militare) non creda di dover prendere il più energico, immediato provvedimento perchè non sia tollerato che gli inscritti di leva si procurino imperfezioni od infermità per acquistare un così facile e sicuro diritto di sottrarsi agli obblighi militari ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per l'igiene scolastica.

Negli ultimi giorni del luglio sono state tenute dalla Commissione centrale per l'igiene scolastica e l'igiene pedagogica, sotto la presidenza del comm. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, e coll'intervento del comm. Cancellieri, direttore generale della istruzione primaria e popolare, del prof. Di Vestea dell'Università di Pisa e del prof. Sclavo della R. Università di Siena, alcune adunanze nelle quali sono state esaminate e discusse varie questioni di singolare importanza.

Il comm. Lutrario ha illustrata l'azione svolta dalla Direzione generale della Sanità pubblica in questi ultimi anni a favore delle opere di prevenzione antitubercolare infantile ponendo in rilievo il notevole contributo dato dal Ministero dell'interno, sia in sussidi sia in materiale, a queste istituzioni. Ha quindi assicurato che l'azione del Ministero dell'interno potrà in avvenire svolgersi con maggiore ampiezza in questo campo, favorita come ora è dalle provvide recenti disposizioni per la difesa sociale contro la tuebrcolosi.

Il comm. Cancellieri ha riferito, in una chiara relazione, densa di dati e di fatti, su l'opera largamente svolta dal Ministero della istruzione a vantaggio delle Colonie marine e montane ed ha esposto il piano di azione che il Ministero stesso, in pieno accordo con quello dell'interno, intende svolgere in materia di profilassi infantile.

Il prof. Di Vestea ha messo al corrente la Commissione dello stato dei lavori intorno alla pubblicazione di propaganda contro la tubercolosi, cui egli attende da tempo per incarico della Commissione stessa.

Sono state poi approvate le istruzioni generali redatte dalla Segreteria della Commissione, da al-

legarsi al regolamento per la profilassi delle malattie infettive nelle scuole.

Il prof. Sclavo ed il prof. Di Vestea si sono infine intrattenuti sulla questione dell'insegnamento dell'igiene nelle Scuole normali, che era stata esaminata anche nelle sedute del febbraio scorso, e la Commissione ha in proposito emesso il voto che detto insegnamento sia riconosciuto come una integrazione assolutamente necessaria della educazione pedagogica del maestro.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7371) *Pensioni.* — Dott. G. I. da A. L. — Ci occuperemo di quanto Ella ci dice, ma nulla finora si conosce circa quello che Ella bramerebbe sapere.

(7372) *Aumento di stipendio.* — Dott. S. D. da B. — Avendolo concesso agli altri impiegati non vi è ragione di non accordare l'aumento di stipendio anche al medico condotto, che, non ostante la specialità della funzione che esercita, è sempre un impiegato comunale. Contro l'ingiustificato rifiuto ricorra al Prefetto della Provincia.

(7373) *Aumento di stipendio.* — Dott. E. Z. da L. — Il collega che lo sostituisce nella condotta non può chiedere per carenza di diritto l'aumento di stipendio fissato dal D. L. del 10 febbraio ultimo, perchè tale aumento non è consentito a favore di coloro che provvisoriamente occupano condotte, il cui titolare trovasi sotto le armi. Egli può chiedere ed ha diritto di ottenere il desiderato aumento nella condotta in cui è titolare.

(7374) *Pensione.* — Dott. E. B. da L. N. — Ella potrà andare in pensione il 1° settembre 1919, compiendo in quel giorno 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio. Liquiderà la somma di lire 866 annue.

(7375) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. M. da M. — Il compenso, che oltre lo stipendio, riceve dal Comune per la condotta vacante, non è suscettibile di aumento in quanto che esso costituisce una rimunerazione concordata per un determinato servizio estraneo a quello proprio assunto per contratto. La indennità cavalcatura non è stipendio e non è, quindi, del pari aumentabile agli effetti del D. L. del 10 febbraio ultimo.

(7376) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. P. P. da C. — L'esonero dal servizio militare è concesso non a beneficio del medico condotto, ma bensì per assoluta necessità di servizio. Ad esso, una volta ottenuto, non si può rinunziare.

Potrebbe, però, rassegnare le proprie dimissioni e, qualora esse fossero accettate, mettersi a disposizione del Distretto militare. Ma se il Consiglio comunale respinge le dimissioni, deve seguitare il servizio civile fino al termine del contratto o, quanto meno, fino al termine del periodo di prova.

(7377) *Pensioni.* — Dott. E. R. da M. M. — Potrà chiedere ed ottenere il collocamento a riposo il 1° luglio 1924 compiendo in quel giorno 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio. Liquiderà la somma di lire 893.

(7378) *Aspettativa per motivi di salute.* — Dott. G. D. C. da O. — Il medico condotto può ottenere il collocamento in aspettativa per motivi di salute se il regolamento comunale gliene dà facoltà e per quel termine che il detto regolamento eventualmente stabilisca.

(7379) *Caro-viveri - Diritto alla relativa indennità.* — Dott. A. B. da S. — Nel determinare la somma necessaria e sufficiente per conseguire la indennità caro-viveri non si tien conto, in massima, degli assegni o compensi straordinari e precari attribuiti agli impiegati per maggior lavoro o per provvisoria supplenza di personale assente. Di tal che le duecento lire non vengono computate ed ha diritto, sulle lire 3500 di stipendio, alla indennità di lire 24 mensili, giusta il D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7380) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. N. G. da S. — Tutti gli impiegati, sieno comunali, sieno dello Stato, hanno il dovere di pagare il contributo straordinario del centesimo di guerra. Ella ha chiesto al Sindaco il rimborso della somma pagata dal novembre 1916 al settembre 1917, ma non dice per quale ragione avrebbe, a suo modo di vedere, diritto a tale rimborso, nè la ragione si rileva dalla copia di lettera inviata in comunicazione. Non possiamo pertanto nulla dire sulla prima domanda relativa alla esistenza o meno del diritto ad insistere per ottenere il rimborso in parola.

Come abbiamo detto, tutti gli impiegati, e fra questi anche i medici condotti, hanno l'obbligo di pagare il contributo straordinario del centesimo di guerra in base all'art. 1° dell'allegato *B* del testo unico 9 giugno ultimo, n. 857. Questo medesimo articolo determina che per gli impiegati in genere tale contribuzione è di un sol centesimo per lira.

(7381) *Pensioni.* — Dott. F. G. da M. — Tenuto conto dei dati forniti e del doppio contributo pagato per 10 anni, liquiderebbe ora la pensione lorda di annue lire 2207.52. Da tal somma bisogna detrarre la ricchezza mobile in lire 8.65 % più la ritenuta del 3 % imposta dall'art. 12 del testo unico, e, cioè, lire 190.95 per la prima e lire 66 per la seconda: in uno lire 256.95.

La somma netta sarà di lire 1950.57.

Per avere il massimo della pensione, che è di lire 3000, occorrerà avere 37 anni di servizio e 64 di età. Anche su tale massimo occorrerà operare le detrazioni per ritenuta e per R. M. nelle proporzioni dinanzi accennate Circa la liquidazione e l'ammontare della pensione nessun beneficio è sancito a favore dei medici condotti anziani. Nulla si conosce circa un eventuale aumento delle tabelle di pensione.

(7382) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. G. G. da F. — La circolare ministeriale del 29 giugno 1916, n. 8725, dichiara che per i redditi di categoria D, per cui l'imposta è riscossa per ritenuta diretta, l'aliquota per il contributo del centesimo di guerra è del 0.375 per cento. Di tal che su di uno stipendio di lire 500 ricade la tassa di lire 1.87 e non di lire 10. Per gli impiegati comunali poi non vi è luogo a raddoppio, giusta quanto dispone l'art. 1° dell'allegato *B* del D. L. del 9 giugno ultimo, n. 875.

(7383) *Esercizio della farmacia.* — Dott. A. D.

da G. — A norma dell'art. 14 della vigente legge sulle farmacie, il titolare di tali aziende ha l'obbligo di mantenerne l'esercizio ininterrottamente secondo le norme e gli orari che per ciascuna provincia sono stabiliti dal Prefetto, sentito il Consiglio provinciale di Sanità. Chi non può assistere ininterrottamente, perchè altrove od in altro modo impiegato, deve farsi sostituire da un farmacista diplomato o laureato, dandone avviso al Prefetto. La contravvenzione a queste disposizioni è punita con ammenda non inferiore a lire 200. Tale contravvenzione può essere elevata da qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria.

(7384) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. P. B. 2674. — A misura che per qualsivoglia ragione diminuisce lo stipendio militare deve aumentare quello civile, in modo da assicurare al titolare sempre l'identica somma, che, prima della chiamata alle armi, percepiva. Se lo stipendio militare cessa del tutto, il Comune è obbligato a corrispondere l'intero stipendio. In tal caso, però, il medico avrebbe l'obbligo di compiere il servizio della condotta, tranne che per speciali condizioni di salute non ne sia impedito, mettendosi allora nella posizione giuridica che il capitolato eventualmente all'uopo prestabilisca.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo con lunga pratica, 48.enne, cerca buon interinato, pei primi di settembre od ottobre. Scrivere: dott. L. Armellini, Lastra a Signa (Firenze).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Grotti dott. Carlo, colonnello medico, Milano; Merletti prof. Cesare, Ferrara.

Cavalieri: Rabitti dott. Augusto, Montanara; Grossi dott. Vincenzo, Roma.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

GASTOLDI FILIPPO, da Casalino (Novara), aspirante ufficiale medico complemento reggimento fanteria. — A poca distanza dalla linea di combattimento, raccoglieva e curava numerosi feriti, noncurante del fuoco dell'artiglieria avversaria. Percorreva anche, più volte, la linea stessa nei momenti più critici, per portare aiuto e soccorso ai feriti. Saputo che un ufficiale era caduto ucciso fuori della trincea verso il nemico, usciva, sprezzante del pericolo, per ricuperarne il cadavere. — Monte Busibollo, 15-16 giugno 1916.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. GIOVANNI LONGHI, medico condotto di Nembro (Bergamo), ha perduto il figlio MARINO ANTONIO, sottotenente degli arditi, morto non ancora ventenne nel giugno u. s., combattendo eroicamente sul Grappa.

Pochi giorni prima, quasi presago della sua prossima fine, questi scrisse una bellissima lettera al fratello minore di un paio d'anni, dove si dimostrava lieto di dare la vita per la patria e gli raccomandava di vendicarlo.

P. B.

NOTIZIE DIVERSE

Il nuovo presidente della Croce Rossa italiana.

Per decreto reale il senatore conte Giuseppe Frascara è stato nominato presidente della Croce Rossa italiana.

Già, dopo la morte del conte Della Somaglia, i colleghi di vice-presidenza erano stati concordi nel designarlo a successore, anche per l'anzianità nell'ufficio dell'Associazione.

La Croce Rossa avrà così un presidente che dalla lunga pratica saprà trarre quella giusta direttiva ch'è necessaria per sovraintendere a un istituto che ha assunto grande importanza.

Il conte Frascara fu deputato varie volte per il collegio di Alessandria. Nel 1910 fu nominato senatore. Ha ora 60 anni.

Noi esprimiamo, più che l'augurio, il convincimento che la Croce Rossa italiana verrà degnamente presieduta dal nobile uomo, il quale è dotato di magnifiche doti di attività e carattere.

Statistica degli ospedali militari in Italia.

Il «Giornale d'Italia» del 10 luglio dava le seguenti cifre: in tempo di pace gli ospedali militari erano: 28 principali, 2 succursali, 6 depositi di convalescenza, 31 infermerie presidiarie. Nel settembre 1917 queste cifre erano così cambiate: 948 ospedali di riserva, 21 convalescenziarii, 146 ospedali della Croce Rossa, un ospedale dell'Ordine di Malta, con più centinaia di migliaia di posti-letto.

Profilassi antitubercolare nel Comune di Milano.

La Giunta comunale di Milano ha approvato le norme relative al trattamento da farsi ai funzionari comunali ammalati di tubercolosi. Il funzionario ammalato sarà collocato in aspettativa con lo stipendio ridotto a' sensi dell'art. 38 del regolamento generale degli impiegati, ma godrà di un assegno di cura pari alla differenza fra questo stipendio e quello di cui godeva quando era in servizio. Avrà l'obbligo di curarsi e di sottoporsi al controllo del Dispensario antitubercolare e non potrà, nel periodo di esonero dal servizio, assumere altra occupazione.

La riammissione in servizio avverrà previa visita collegiale. I funzionari ritenuti guariti od in condizione di salute da riprendere il servizio senza pericolo nè per sè nè per gli altri potranno essere adibiti, temporaneamente, ad uffici meglio confacenti al loro stato di salute, senza pregiudizio della loro carriera.

L'Amministrazione si riserva di ripetere le vi-

site quinquennali dei Corpi ai soli effetti della ricerca della tubercolosi e di cautelarsi contro il contagio nelle famiglie dei funzionari con opportune visite e referti medici obbligatorii all'Autorità comunale da parte dei funzionarii dei Dispensarii e dei Medici di Reparto, quando risulti che un malato di tubercolosi sia convivente con un funzionario del Comune.

Lotta antimalarica nell'Agro Tarantino.

Assurge a speciale importanza il problema della malaria nelle campagne che circondano Taranto, per gl'impianti industriali che dovranno sorgervi. Gli studi già da molti anni istituiti dall'Ufficiale Sanitario di Taranto, dott. Giovanni d'Andrea, hanno ricevuto ora la loro sanzione dal Comandante della Piazza di Taranto, che con una energica ordinanza ha provveduto alle piccole bonifiche, poichè per le grandi (bonifica delle paludi Taddeo e Panunno, e dei canali della salina grande e piccola) procedono già i lavori, a cura del Ministero dei Lavori Pubblici e del Genio Militare. L'ordinanza riguarda la esecuzione di lavori per facilitare lo scolo delle acque ed evitarne il ristagno, e prescrive il vuotamento quotidiano delle scorie, e la chiusura ermetica delle bocche dei pozzi con botole di legno o in muratura e con adattamento di pompe. La speciale importanza del documento sta nel fatto che esso prevede il deferimento dei contravventori al Tribunale di guerra e l'esecuzione dei lavori in danno da parte del Genio di Marina.

L'Associazione per l'assistenza alle famiglie dei tubercolosi in Roma.

Questa Associazione, presieduta da M.rs Clarke e da donna B. Marconi, durante il primo anno di esistenza ha soccorso circa 200 famiglie tubercolose ed ha avuto un introito di oltre lire 35,000.

L'Associazione ha deciso di aprire un dispensario antitubercolare per i rioni Ludovisi, Salario e Nomentano, dove manca assolutamente un'organizzazione di questo genere; verrà diretto dal professor Nicola Sforza.

L'Associazione si propone anche la creazione di un laboratorio igienico per ragazze gracili anemiche e predisposte.

Beneficenza.

Il comm. Ambrogio Campiglio ha legato lire 100,000 al Pio Istituto di Maternità e Ricovero per bambini lattanti e slattati di Milano, affinchè si provveda ad istituire un nuovo Ricovero.

L'industriale signor Roberto Banfi, di Milano, ha elargito la somma di lire 12,000, quale primo fondo per la istituzione in Saronno di un ambulatorio medico-chirurgico per la cura degli operai infortunati.

Per la buona alimentazione dei bambini.

La Sezione Toscana della Società Italiana di Pediatria ha approvato un ordine del giorno con cui:

preoccupata dal notevole aumento della mortalità che si verifica nei bambini sopratutto nei primi due anni di vita;

riconoscendo che il fatto è dipendente in special modo dalla insufficiente alimentazione delle madri-nutrici delle classi disagiate, e dalla insufficiente ed incongrua qualità degli alimenti assegnati ai bambini divezzati;

constatato che nel razionamento alimentare della popolazione civile finora non si è tenuto conto delle particolari esigenze del bambino nei primi anni di vita;

preoccupata della necessità di conservare alla Patria una nuova generazione numerosa e robusta;

fa voti che le Autorità dei Comuni e dello Stato provvedano sollecitamente affinchè ai bambini, nei primi anni di vita, siano assicurati i mezzi di nutrizione sufficienti e adatti per la loro esistenza.

Propaganda patriottica.

L'Ordine dei medici della provincia di Siena ha diramato ai colleghi una circolare che li invita ad una costante benefica propaganda patriottica e ne precisa le direttive. Per esempio: convincere che si può ridurre al minimo il consumo della carne fresca di animali mattati e che si può sostituirla convenientemente con carne congelata, con pesci (la circolare raccomanda d'incitare alla pesca, alla piscicoltura ed alla sorveglianza contro la pesca proibita, ecc.), con carne di coniglio (la circolare raccomanda di propugnare l'allevamento degli animali da cortile), con uova e con latticini, con baccalà, ecc.: rifiutare i certificati di favore per i supplementi di carne; fare che il latte resti preferibilmente a disposizione dei bambini, dei vecchi e dei malati che ne abbiano effettivo bisogno; raccomandare la preparazione dei succhi d'uva condensati; incitare alla coltura di tutti gli spazi disponibili; insegnare a proteggere le sostanze alimentari dagli inquinamenti e deterioramenti; combattere e denunziare le adulterazioni e le incette; nelle prescrizioni evitare, nei limiti del possibile, le decozioni, gl'infusi, gli sciroppi, che comportano consumo di combustibili; evitare i prodotti farmaceutici stranieri non necessarii; e così via. La circolare reca le firme del prof. D. Barduzzi, presidente, del prof. V. Patella, vice-presidente, e del dott. C. Bruchi, segretario.

L'avvenire della Porretta.

In un articolo pubblicato sul «Resto del Carlino» da A. Barlam è contenuta una serie di proposte concrete, dirette a migliorare la Stazione idro-termale della Porretta: analizzare nuovamente ed accuratamente tutte le acque, per dare ai medici il completo repertorio delle loro varie azioni terapeutiche; introdurre un nuovo sistema di captazione delle acque e incanalarle separatamente, evitando l'introduzione d'acqua comune; ridurre le dispersioni di temperatura; curare l'estrazione dei sali, usando come combustibile l'idrogeno proto-carbonato che sfugge dal Vulcanetto di Sassocardo; curare l'imbottigliamento razionale e la diffusione commerciale; migliorare la viabilità e l'igiene del paese; introdurre alcuni svaghi mondani.

Nell'Associazione Medica Americana.

Il Congresso annuale dell'Associazione Medica Americana ha eletto presidente il dott. Alessandro

Lambert, maggiore medico, direttore della Croce Rossa Americana in Francia e nel Belgio, presidente della Società Medica dello Stato di New York.

L'elezione all'alta carica segna un riconoscimento dei servigi già resi dal Lambert all'Associazione e delle alte sue concezioni sui compiti del medico e sulla socializzazione della medicina pratica.

Il Lambert ha compiuto interessanti studi sulle malattie cardiache e sul trattamento dell'alcoolismo e del morfinismo cronici.

Per l'esonero degli studenti in medicina negli Stati Uniti.

Il « Med. Record » riferisce che al Congresso degli ingegneri meccanici americani a Ny, il prof. Taft, ex-presidente degli U. S. A., ha proposto al Congresso un voto perchè il governo sia invitato ad esonerare dal servizio militare gli studenti in medicina e in ingegneria onde evitare l'inconveniente occorso in Inghilterra dove la produzione dei medici e degli ingegneri è arrestata con disagio notevole attuale e maggiore per il futuro.

La lotta antitubercolare in Francia.

L'Unione dei Sindacati medici francesi ha protestato contro la tendenza delle Facoltà mediche a creare cattedre di tisiologia — ai titolari delle quali viene poi affidata la direzione di dispensari e sanatorii antitubercolari, istituti che possono più utilmente riservarsi ai medici pratici, i quali hanno maggiore esperienza della vita medica e sociale di quanta non ne posseggano i titolari delle cattedre, cultori delle discipline scientifiche e di laboratorio.

Ha dichiarato che la tubercolosi — come la febbre tifoide o la difteria — rientra nell'insegnamento della medicina generale e non può esserne staccata.

Ha sollecitato a fondare, al posto di cattedre di tisiologia, degli istituti sperimentali, per lo studio scientifico della tubercolosi e in particolare per la soluzione dei problemi relativi alla cura della grave malattia.

La vendita di saccarina da parte dei farmacisti in Francia.

Una circolare del Ministro francese per l'agricoltura e il vettovagliamento, diretta agli ispettori delle farmacie ed agli ispettori sanitari, dispone che le compresse di saccarina vendute dai farmacisti, contenenti bicarbonato di soda per facilitarne la dissoluzione, o piccole quantità di sostanze medicamentose, non sono esenti dalla tassa stabilita per la saccarina con un recente decreto (in data 15 aprile 1918). Sono esenti dalla tassa le preparazioni farmaceutiche magistrali e quelle speciali o di composizione complessa, che va iscritta sull'involucro.

Ospedale Peruviano a Parigi.

La Colonia Peruviana di Parigi ha fondato un Ospedale Franco-Peruviano, capace di 80 letti, destinato ai militari feriti e malati. L'istituzione ha sede nella Avenue d'Iéna, n. 8.

Nuovo ospedale moderno in Cina.

A Pechino (Cina) è stato aperto da poco un grande ospedale, fondato con sottoscrizioni di privati e col contributo del Governo, l'« Ospedale Centrale ». Costruito su disegni di un architetto americano, è un modello del genere. Può ricoverare 150 ammalati. Direttore ne è il dott. Wu Lien Tê, distinto medico cinese laureato in Inghilterra, batteriologo, che fu presidente della Conferenza internazionale per la peste a Mukden, nel 1911. Il personale sanitario è composto di medici cinesi e stranieri, e fra questi ultimi è il dott. L. N. di Giura, maggiore medico nella R. M., da lunghi anni dimorante a Pechino, che è stato chiamato a prestare la sua opera come chirurgo.

Salutiamo con piacere questo sforzo della nuova Cina sulla via del progresso e del benessere sociale.

Un milione di prigionieri russi invalidi.

Secondo notizie pervenute da Mosca pare che dei tre milioni e centomila prigionieri russi fatti dai tedeschi e dagli austriaci circa un milione sono totalmente invalidi, dei quali una buona metà è affetta da tubercolosi. Il loro ritorno in Russia presenta grandi difficoltà per la deficienza di assistenza medica, di mezzi di trasporto e di alimenti.

La diminuzione delle nascite in Germania.

Secondo i dati raccolti dal *Government Board* di Londra durante il triennio 1915-1917 il numero delle nascite in Germania sarebbe diminuito di due milioni in confronto della media dei trienni precedenti. D'altra parte il numero dei bambini morti in Germania sarebbe del 50 per cento superiore a quello che si ha in Inghilterra.

Medici condannati in Germania.

La « Presse Médicale » riferisce che in Germania una Corte marziale ha condannato il dott. Demets alla fucilazione e i dottori Bremken, François e van der Windenberg ai lavori forzati a vita.

Indice alfabetico per materie.

Addome: diagnosi differenziale delle affezioni del quadrante superiore destro *Pag.* 756
Asma nervoso: terapia . . . . » 765
Bip (pasta antisettica): rivendicazione » 752
Causalgia: trattamento con la simpaticectomia perivasale . . . . » 749
Corpi estranei nell'asse cerebro-spinale: spostamenti . . . . » 764
Infanzia: per la difesa della prima — » 753
Prodotti sanitari nazionali: tutela . . *Pag.* 767
Proiettili di guerra: estrazione . . 758, 760, 761
Riflessi tendinei: meccanismo di produzione . . . . » 763
Servizi radiologici al fronte . . . . . » 755
Storia della medicina: scoperta della circolazione del sangue: Harvey o Cesalpino? . . . . » 762

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXV. *Roma, 18 agosto 1918* Fasc. 33.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Mancini: Medicazione col cerotto adesivo. — **Note e contributi**: D. Falcioni: Per una lotta più efficace e più pronta contro la malaria. — **Commenti**: G. Bilancioni: Come il Forlanini ebbe la prima idea del pneumotorace terapeutico. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: I nuovi tentativi per utilizzare la prova dell'anafilassi cutanea. — CHIRURGIA: W. J. Mayo: L'operazione radicale per il cancro del retto e del sigmaretto. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: R. Accademia medica di Palermo. — R. Accademia medica di Genova.
Appunti di medicina pratica: SEMEIOTICA: Il valore delle varie prove della capacità funzionale renale. — Il significato dell'azotemia iniziale. — CASISTICA: Tortuosità sigmoide della carotide interna e suoi rapporti con le tonsille palatine e la faringe. — TERAPIA: Il trattamento della sciatica. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: La resistenza globulare nella malaria. — **Cenni bibliografici**. — **Posta degli abbonati.**
Nella vita professionale: CENSURA — Per le promozioni degli ufficiali medici di riserva. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Albo d'oro**. — **Medicina sociale**: Voti di provvidenze per la tubercolosi di guerra. — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie**.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE V. E. III, IN SPEZIA
diretto dal col. prof. A. PERASSI.

Medicazione col cerotto adesivo

per il dott. CLAUDIO MANCINI, maggiore medico, chirurgo operatore dell'ospedale, direttore dell'ospedale italiano di Gerusalemme.

Questa breve nota di terapia chirurgica potrebbe intolarsi: «Mezzo per ovviare agli inconvenienti della garza nelle medicature».

La chirurgia di guerra colle innumerevoli suppurazioni ha reso di maggiore attualità il problema del drenaggio e più acuto il bisogno di perfezionarne il meccanismo, pur senza averlo tuttora risolto.

È frequente vedere una piaga superficiale ó divenuta tale per processo di riparazione prolungare indefinitamente la sua esistenza ora sotto la forma lussureggiante, or sotto quella torpida. Mi son convinto che la principale causa di tali deviazioni è costituita dal difetto di capillarità della garza. Non saprei troppo appoggiare l'opinione di attribuirle sempre agli effetti delle lunghe, vaste e virulente suppurazioni, poichè ho avuto luogo di constatare

come piaghe di questo genere, anche se portate da individui ridotti in condizioni misere dalla sepsi, han potuto prosperare in modo sorprendente allorchè sono state messe nelle migliori condizioni di attività. La garza, o che il suo tessuto sia poco adatto all'assorbimento del secreto delle piaghe sopratutto dopo passata all'autoclave, o che lo divenga per l'imperfetto digrassamento nella sua fabbricazione, o peggio per l'appretto che si usa darle, non assorbe sufficientemente; di modo che i secreti si depositano e si disseccano sugli strati più interni formando una specie di crosta impermeabile chiusa tutto all'intorno dal suo incollamento alla pelle. Ciò porta un persistente ristagno che ora scava la piaga, or ne scolla i bordi, ora ne eccita eccessivamente le granulazioni, ostacolando l'avanzarsi dell'epitelio, ora per l'organizzarsi di esse l'avvia alla sclerosi. D'altra parte i recessi, le sinuosità, i cul di sacco diventano ricettacoli di pus il quale impedirà alle pareti di collabire e ne altererà le granulazioni che divengono flaccide ed esuberanti non adatte alla rigenerazione del tessuto; l'accumulo di pus obbliga a medicature frequenti, la garza incollata alla piaga e al suo bordo provoca al distacco noioso emorragie delle granulazioni, lacerazioni costanti dell'epitelio di rigenerazione, e la piaga ritarda la guarigione.

Nè valgono spesso i caustici e i raschiamenti a modificarne sensibilmente l'andamento data la persistenza dell'elemento causale: l'impermeabilità della garza. Vi si aggiunga poi lo sfregamento continuo di essa sulle granulazioni e sul nuovo epitelio di rigenerazione, e si comprenderà come la piaga è continuamente disturbata nel suo piano di elaborazione della cicatrice.

Chi usa drenare con stuelli di garza le piaghe profonde potrà avvedersi del ritardo che essi frappongono alla rapida guarigione. Agiscono da tampone producendo ristagno quand'anche non infiltrazione e impedendo il collabire delle pareti. Nè le cose cambiano di molto coll'uso dei drenaggi cavi; l'orificio viene ostruito dalla garza e il drenaggio compromesso. Spesso difatti si constata che nel tirare la medicatura si asporta insieme anche il tubo seguito da abbondante getto di pus. Quindi solo in casi ben determinati e con molta parsimonia uso drenaggi e stuelli attenendomi piuttosto al principio generale di cercare di favorire il deflusso dei secreti con opportune incisioni di scarico nei punti più declivi.

A correggere il difetto di capillarità si usa tenere costantemente umida la garza bagnandola di tempo in tempo con acqua bollita, ottimo mezzo che pretende però personale sufficiente ed addestrato; quindi non di facile attuazione in un ospedale di grande afflusso. Nè meglio riesce l'uso della vasellina spalmata sulla pelle per evitare l'adesione della medicatura.

Il prof. Novaro (*Policl.*, Sez. prat., 1918, n. 12), trattando recentemente della sostituzione della garza dal punto di vista economico, accenna a varî surrogati, i quali dal punto di vista nostro non cambierebbero forse la situazione. Tali sono: sacchetti di garza ripieni di cenere, segatura di legno lavata ed essiccata, torba polverizzata e rarefatta, che egli designa all'esperimento.

Fu più di due anni e mezzo fa che avendo questo Ospedale fatto una nuova provvista di garza, ce ne venne dal commercio una qualità che aveva il difetto dell'impermeabilità spinto all'eccesso. Era rigida, galleggiava sull'acqua e non se ne impregnava, non assorbiva i liquidi nelle medicazioni, tappava le piaghe. I ristagni di pus con relative infiltrazioni, flemmoni, febbri settiche irriducibili erano all'ordine del giorno. Nè le cose cambiarono facendo bollire la garza per togliere l'appretto che ne esagerava l'impermeabilità; rimaneva sempre abbastanza per mantenere il difetto. In queste condizioni giudicando che il maggior male veniva dal suo tenace incollamento alle piaghe, la tolsi completamente dal loro contatto interponendovi delle strisce di cerotto al caoutchouc. Le cose volsero subito in modo superiore alla mia aspettativa. Ne intravidi altri vantaggi, di modo che son venuto a poco a poco sostituendolo alla garza con mia piena soddisfazione. L'uso del cerotto non è una novità nè pretende di essere una panacea, nè esclude tutti gli altri sussidi chirurgici che caso per caso possono riuscire utili. Io intendo solo dimostrare che allo stato attuale dei mezzi di medicatura il cerotto risponde meglio della garza alla più parte delle esigenze nella cura delle piaghe e presenta dei vantaggi suoi propri che si riassumono nella facoltà di guarirle molto più rapidamente. Merita quindi di volgarizzarne l'uso.

Come si adopera?

Qualunque dei cerotti al caoutchouc che sono sul mercato risponde bene allo scopo. La qualità italiana (Plastod-Erba) è pari alle migliori estere. Se ne hanno di due larghezze: da centimetri due e mezzo e da centimetri cinque. È preferibile la prima per comodità di tecnica. Per trarne tutti i vantaggi da me constatati bisogna osservare una tecnica rigorosa che pure è semplice e sbrigativa. Si deve anzitutto sterilizzare. Si può fare in due modi: passare

ripetutamente alla fiamma di una lampadina la striscia tagliata, oppure, il che è preferibile, mantenere vari rotoli immersi in alcool denaturato dentro un barattolo di vetro a becco largo per 24-48 ore. Entro questo tempo la banda si imbeve di alcool fin negli strati più interni. Al momento dell'uso se ne mette uno in una bacinella sterile insieme con una pinza a denti ed una forbice. Per servirsene si taglia la striscia e si accosta per una estremità alla fiamma tenendola sospesa per l'altra alla pinza allo scopo di bruciare l'alcool che ne impedirebbe l'attecchimento. L'alcool brucia rapidamente, e per impedire che il fuoco si diffonda alla tela le si imprimono dei leggeri movimenti. Intanto la pelle è stata nettata con benzina o trementina e asciugata accuratamente. La striscia si porta sulla piaga tenuta all'estremità da due pinze, ovvero meglio dalle dita coperte di garza per impedire l'accollamento del caoutchouc sulla propria pelle. Bisogna che la striscia sia *molto* lunga e sia applicata in forte trazione perchè abbia sufficiente presa e perchè il secreto insinuandosi tra pelle e cerotto non lo distacchi. In questo modo si evita pure che esso si accumuli sulla piaga. Nell'applicare il cerotto si deve cercare di restringere la ampiezza della piaga ravvicinando i bordi con una mano mentre con l'altra lo si pianta sulla cute cui aderirà subito e tenacemente tanto da permettere la trazione necessaria. Le successive strisce si mettono nello stesso modo sovrapponendole di uno o due millimetri sulla precedente, ad embrice. Così si copre tutta la piaga. È da badare che il cerotto sia ben disteso, che non faccia pieghe nè giri viziosi. Si cerchi di applicarlo in direzione perpendicolare all'asse più lungo o nel senso della maggiore cedevolezza della cute; ma nelle superficie irregolari si disporrà nel modo che sembrerà più atto allo scopo seguendo quella curva della regione che ne permetta meglio l'adesione, tenendo sempre di mira questo scopo: restringere la superficie della piaga, schiacciarne i bordi e le granulazioni. Quando si applica sugli arti la direzione migliore è a cerchio orizzontale incompleto o, obliquamente, a spira. Fatto ciò si copre di uno strato di garza o cotone sterile o di solo cotone idrofilo e si fascia.

Ecco quel che si ottiene:

1° In genere la suppurazione diminuisce subito; qualora fosse troppo abbondante si pratichino degli intagli qua e là sui bordi del cerotto per facilitarne l'uscita, ma in generale non è necessario poichè il pus trova la strada da sè tra una striscia e l'altra. Accade appunto che non potendo ristagnare sulla piaga per il contatto immediato del cerotto sulle granulazioni, sfugge subito non appena formatosi attraverso gl'interstizî delle banderelle liberando la piaga dall'influenza deleteria del deposito maggiore del suo secreto.

2° Le granulazioni esuberanti si appiattiscono e si livellano ai bordi permettendo così all'epitelio nascente di distendervisi sopra.

3° L'effetto che ne risulta sta nelle modificazioni che subisce il contorno della piaga: i bordi scollati tendono a saldarsi al fondo, quelli sopraelevati si spianano e si distendono, i duri si rammolliscono, e l'epitelizzazione non trovando ostacoli (sia per l'annullamento del dislivello delle granulazioni, sia perchè il cerotto la protegge dagli attriti, sia per la pressione che esso vi esercita nel senso di obbligarla a prendere la via del centro della piaga) si fa rapidamente. Nelle piaghe superficiali da ustioni ho potuto vedere talora apparire e prosperare isole di epitelio insospettato, lontano dai bordi, il che si spiega ammettendo la presenza di residui epiteliali del corpo di Malpighi o di dotti delle glandule cutanee non distrutti dal processo e rimessi in valore dalla protezione del cerotto.

4° Il cerotto si stacca spontaneamente dalle granulazioni quando per mezzo della benzina o della trementina siasi distaccato dalla cute.

Per controllare l'effetto di tale medicatura ho disteso su alcune piaghe a granulazioni esuberanti e quindi ritardatarie delle strisce di cerotto intercalate da spazî liberi. Ebbene, mentre le granulazioni si livellavano sotto le prime e l'epitelio si avanzava rapidamente, negli spazii liberi non si verificava nessuna modificazione.

Ho potuto guarire nel termine di mesi 6 una piaga da ustione che in gran parte giungeva a scoprire l'aponeurosi, estendentesi dalla nuca sino alla metà delle coscie da un lato e sino al piede dall'altro con diffusione alla parete addominale anteriore e alle regioni inguino-crurali. L'ustionato che non sopportava il decubito dorsale colla medicatura alla garza, lo sopportava benissimo colla medicatura al cerotto, e la cicatrice si organizzò senza deformità nè retrazioni nè cheloidi nè aderenze e senza aver ricorso ad innesti. Vi ho trovato anche un'utile applicazione nelle piaghe profonde e nelle anfrattuose, specie là dove la suppurazione è in relazione colla vastità della superficie segregante. Le striscie si dispongono in modo da far collabire le parti più profonde localizzando opportunamente la pressione coll'interporre dei batuffoli di garza fra il cerotto e la pelle lasciando aperto l'orificio esterno. Si viene così a restringere l'ampiezza della superficie segregante, ad eliminare i cul di

sacco che non si trovano in derivazione opportuna di deflusso. Me ne son servito in certe operazioni settiche delle parti molli fatte, per esempio, per sbrigliare vasti flemmoni sottoaponeurotici o per estrarre corpi estranei da fistole muscolari. In tali casi, ad evitare la retrazione esagerata della pelle, e i postumi caratterizzati dalle aderenze e da ernie muscolari, uso contenere qua e là opportunamente i tessuti col cerotto.

L'ho adoperato nelle amputazioni su terreno settico dove non sarebbe stato possibile applicare punti di ravvicinamento senza creare dei tramiti di infezione, con resultati finali ottimi, talora pari a quelli che si potrebbero ottenere dalla sutura e sovente con maggior economia di tessuti. L'ho usato negli innesti alla Reverdin per tenere in posto le piccole zolle epiteliali disseminate su una vasta piaga, e l'ho trovato un sistema migliore di tutti gli altri conosciuti, perchè la pressione fa aderire efficacemente lo innesto alle granulazioni ed impedisce al pus di macerarlo e alle granulazioni di invaderlo. Così anche negli innesti liberi di cute per sostituire una cicatrice deformante, il cerotto mi ha corrisposto eccellentemente. Ho visto piaghe torpide refrattarie a tutti i mezzi di risveglio scuotersi finalmente dopo l'uso prolungato del cerotto. Le piaghe da decubito ne risentono un grande giovamento in tutte le loro forme e in tutti i loro stadi. Il maggior vantaggio si ottiene rimovendo il cerotto raramente, ogni sei, otto giorni e anche più tardi.

Ci si lascerà regolare da questo criterio: il rilasciamento della striscia; poichè il cerotto agisce tanto meglio per quanto è più tirato sulla piaga e tanto più resiste quanto più è lungo. Ciò non toglie che si possa per ragioni di pulizia ricambiare la copertura di garza senza rimuovere le strisce; allora basta detergerle con acqua ossigenata passata con garbo e cautela.

Il meccanismo di azione? Bisogna notare che all'infuori del digrassamento della pelle circostante, allo scopo di preparare meglio l'adesione del cerotto, non metto altro sulla piaga o sulla pelle. Ho abolito qualunque antisettico, tintura d'iodio compresa. Perciò i beneficî suddetti non si possono attribuire che al cerotto; ma non ad una eventuale proprietà biologica insita nella qualità dei suoi componenti, bensì ad un fenomeno fisico semplicissimo che si riassume nei termini di: protezione, pressione, costrizione. Il Prof. Taddei nella *Riforma Medica* del 30 marzo 1918, nel far noto un suo modo di applicare il cerotto, diverso dal mio, inclina ad attribuire quegli effetti benefici all'azione dell'iodio con cui suole imbevere le strisce: azione antisettica ed eccitatrice dell'istogenesi. Allo iodio però si attribuisce una azione caustica e necrotizzante più che eccitatrice, e l'azione antisettica sulle piaghe è molto discutibile; d'altro canto, l'uso e l'abuso fattone nella disinfezione della pelle non hanno rilevato questo potere eccitante. Baynton già otteneva eccellenti resultati nelle piaghe più refrattarie alla guarigione (le piaghe varicose) coll'uso del cerotto diachylon senza l'aiuto di altri topici; e la mia esperienza di quasi tre anni nell'impiego di tale sussidio mi autorizza ad escludere quell'interpretazione. Però le osservazioni del Prof. Taddei coincidendo in complesso con alcuni punti delle mie prestano loro una valida conferma.

Già l'ambrina ci aveva mostrato quali vantaggi si possono attendere dal suo potere protettivo, ma l'uso del cerotto applicato secondo il mio sistema mi ha edotto che la pressione e la trazione che esso esercita hanno una influenza considerevole nella epitelizzazione delle piaghe. L'ambrina (o paraffina che si voglia) non ha la facoltà attribuitagli dall'autore di esercitare una costrizione della piaga, poichè se è vero che nel consolidarsi si contrae, è anche vero che si stacca contemporaneamente dai tessuti. D'altra parte non è indifferente usare l'uno o l'altra promiscuamente: il cerotto è applicabile su quasi tutte le piaghe (eccetto che sulle ulcere in fase progressiva); la paraffina invece ha una influenza, direi elettiva, unicamente sulle piaghe superficiali da ustione; ma può essere più utile di quello nelle regioni che non si prestano all'applicazione del cerotto.

L'uso di questi due mezzi ci prova che le piaghe hanno dei poteri latenti di rigenerazione più fattivi e rapidi di quello che non ci abbia svelato l'ordinaria medicatura. Basta non disturbare il piano di esecuzione, cioè basta proteggerlo e guidarlo. La garza disturba spesso più che non protegga la *restitutio ad integrum*. Il cerotto adesivo bene applicato con criterio discriminativo, e non a caso, regolandone le modalità nel modo più conforme al particolare, rappresenta coll'ambrina un progresso reale nella cura delle piaghe.

(Lavoro pervenuto in redazione il 26 maggio 1918).

Il fascicolo 8 (15 agosto 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. Prof. GIORDANO GIACINTO: *Contributo alla cura dello struma tubercolare.*
II. Dott. EUGENIO PIRONDINI: *Contributo all'esame della funzione renale nella puerizia e adolescenza.*
III. Dott. GUIDO EGIDI: *Sulle ferite penetranti dell'addome.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Per una lotta più efficace e più pronta contro la malaria

per il dott. DOMENICO FALCIONI,
medico condotto del Comune di Roma.

È assai opportuno, data la recrudescenza che generalmente si nota nell'andamento della malaria, andamento che potrebbe peggiorare a causa del rimpatrio di numerosi individui portatori di parassiti (è stata messa in evidenza in Francia ed in Inghilterra la riapparizione di questa malattia per la presenza di tali individui in luoghi dove era scomparsa da anni), che la lotta contro di essa seguiti a destare il più grande interesse.

L'argomento è dei più conosciuti, ma poichè i risultati ottenuti, per quanto grandi, non sono tali, quali si sarebbero presunti dopo anni di lotta contro una malattia che si può ritenere la più evitabile, appare evidente la necessità di perfezionare ancora detta lotta, e non crediamo che possa essere ritenuto inutile il contributo di osservazioni di chiunque possegga profonda conoscenza dell'ambiente malarico.

È indispensabile a nostro parere che chi si accinge a combattere la malaria si formi il convincimento di *doverlo fare con tutti i metodi*, anche coi più trascurati, ed abbia soprattutto un *concetto nettamente chiaro della diffusione di essa nelle varie località*. L'eclettismo dei metodi di lotta è stato invero largamente raccomandato, ma non sarà mai superfluo l'insistervi.

Se è a tutti noto infatti che la malaria si combatte con metodi svariati, assai raramente all'atto pratico questa conoscenza viene posta in evidenza: si trascura in genere un piano preventivo, d'indagare cioè se in una data località esista o no la malaria, se sia più o meno grave, nello stesso tempo che si trascura di stabilire quale metodo convenga praticare a preferenza, ed avviene così che, mentre talora troverebbero più proficua applicazione altri metodi, la malaria, tranne che per le guardie di finanza e pei ferrovieri pei quali largamente si usano le protezioni metalliche, si combatte quasi ovunque in modo uniforme, col solo chinino.

Ora è doveroso rilevare che al chinino, il di cui valore curativo nella malaria è universalmente noto ed il preventivo una vecchia esperienza ed una larga osservazione hanno confermato, alla sua altamente benefica diffusione ed in parte minima ad altri coefficenti, si deve tutto il progresso raggiunto nella lotta contro la malattia in parola, che il chinino rimarrà sempre, come opportunamente è stato chiamato, il fulcro della redenzione malarica, ma è doveroso anche rilevare che l'esperienza di anni ha dimostrato che se con esso, colla profilassi chininica cioè e colla bonifica umana si possono ottenere successi incontrastabili, con difficoltà però si riesce ad estirpare, a sradicare la malaria.

Nè del resto potrebbe accadere diversamente: come contro tutte le malattie evitabili, immediati successi si raggiungono più colla lotta diretta contro i germi che ne sono la causa, colla loro distruzione, che colla vaccinazione e cura dei malati, così contro la malaria, più che colla profilassi dei sani e cura dei malati, si potrebbero ottenere risultati ancora più brillanti colla lotta contro i germi stessi di detta malattia, còmpito effettuabile colla lotta contro le anofele.

Ed è appunto sulla distruzione delle anofele, come su ogni metodo praticabile contro di esse, oramai che, riconosciuta l'assoluta endemicità della malaria, la sua localizzazione località per località, tenuta per tenuta e magari casa per casa, se ne è resa possibile la razionale e quindi proficua applicazione, che desideriamo richiamare l'attenzione, persuasi che col mettere sempre in maggiore rilievo il valore pratico di essi, si riesca a dare loro quell'impulso, finora mancato, che potrebbe assai contribuire a rendere più efficace e pronta la lotta contro la malaria.

* * *

Per apprezzare quanto possa riuscire utile a combattere la diffusione della malaria l'*uccisione delle anofele alate*, basta ispezionare le camere dove giacciono gli affetti da malaria.

Lo spettacolo che talora ci si offre di zanzare rimpinzate di sangue appese al soffitto, alle pareti della camera da letto, sul suo capo quasi spesse volte, ci persuade davvero assai presto di una tale utilità.

Eppure è il caso d'insistere su questa uccisione perchè è un fatto innegabile che non c'è per nulla l'abitudine di eseguirla: senza nessuna preoccupazione si vedono dormire colle anofele nelle camere tanti e tanti individui che chissà quanta ne avrebbero se vi avessero un tubercoloso; mentre per tante altre malattie si abbonda in disinfezioni, magari superflue, pressochè nulla si fa contro le anofele divenute domestiche per condizioni di luogo, contro le anofele delle abitazioni che costituiscono un pericolo indiscutibile.

Non sarebbe quindi inopportuno che anche da noi, come si pratica in America, dove gran-

di vittorie sono state riportate non solo sulla malaria ma anche sulla febbre gialla, malattia eziologicamente affine, trovasse posto nelle campagne antimalariche la disinfezione delle abitazioni colla distruzione dentro di esse delle anofele.

Della necessità della *distruzione delle anofele nelle fasi di sviluppo* che compiono nell'acqua ci si può convincere facilmente essendo la cosa più ovvia pescare a milioni uova, larve e ninfe in acque stagnanti nei pressi o proprio sotto le abitazioni.

Ma finora, lo si può dedurre da quanto si constata andando in giro per le campagne, si favorisce anzichè impedire l'allevamento delle zanzare: si trascura con una indifferenza incredibile la sistemazione di scoli, si mantengono senza nessuna preoccupazione vicino alle case, pozzanghere, vasche, recipienti di qualsiasi genere, anche senza ricavarne la minima utilità, e così si lasciano crescere indisturbati e tranquilli per 15 o 20 giorni sotto i nostri occhi insetti fastidiosissimi, seppure non divengono terribili nemici.

In verità la distruzione delle larve, in canali, in paludi piene di vegetazione piccola e grande, può riuscire problematica, ma è anche assai spesso di applicazione così facile, che non si raccomanderà mai abbastanza un tal metodo nella lotta contro la malaria.

La *profilassi meccanica* viene generalmente giudicata dai residui di retine corrose e spezzate che si rinvengono in qualche abitazione, come se detta profilassi dovesse consistere nell'applicazione, per una volta tanto, delle difese alle porte ed alle finestre delle case. È quindi solo per errore, per un preconcetto che non si apprezza un metodo della efficacia massima essendo capace d'impedire che le abitazioni diventino, come purtroppo spesso succede, sorgenti d'infezione della malaria.

Per apprezzare la profilassi meccanica bisogna trovarsi di sera nelle zone malariche: dopo avere constatato ai crepuscoli, sulle retine delle porte e delle finestre quell'immancabile danza degli anofeli che con tenace persistenza cercano d'invadere la casa, non si può fare a meno di provare entusiasmo per un mezzo tanto semplice per salvarsi dalle febbri; non si può fare a meno, abitando in dette zone, di provare un senso d'intima soddisfazione a sentirsi sicuro in mezzo a tanto pericolo.

La profilassi meccanica quindi, che può addirittura garantirci l'immunità dalle febbri, dovrebbe essere sempre consigliata ed assolutamente imposta in quelle località nelle quali la malaria domina grave e non sono possibili le misure di risanamento dell'ambiente. Per favorirne l'uso si potrebbe adattarla alle sole camere da letto e magari al solo letto, dato il fatto incontrovertibile che il pericolo di essere punto dalle anofele è massimo durante la notte quando si dorme: si otterrebbe così un'enorme economia del materiale metallico, una maggiore sua durata e si riuscirebbe così più facilmente a salvare dal tormento continuo, a cui sono esposti per causa delle zanzare, tanti poveri lavoratori nelle poche ore di riposo. È il caso anzi di fare voti perchè, sia per premiare coloro i quali maggiormente hanno contribuito alla grandezza della patria, i contadini, sia per dare tutto l'impulso che merita ad una utile industria, le difese meccaniche delle abitazioni nelle località più malariche possano avere, nel dopo-guerra, la applicazione più larga a cura dello Stato.

L'importanza delle *bonifiche* finalmente, parliamo delle *piccole* che sono quelle di cui possono interessarsi i medici, non ha bisogno di molte parole per essere dimostrata.

Basta pensare che mentre, nè la profilassi chininica, nè la bonifica umana, nè la lotta culicida, nè la larvicida, nè la profilassi meccanica possono fare scomparire la malaria, questo è possibile ottenersi colla piccola bonifica in tante località nelle quali la malaria non si trova legata a condizioni telluriche d'insalubrità generale che richiedano cioè opere idrauliche grandiose per essere rimosse.

Più che rilevare quindi l'importanza del metodo, è il caso di deplorare la limitata applicazione che se ne è fatta finora perchè chissà quanti focolai malarici si sarebbero potuti facilmente sopprimere e conseguentemente quante febbri si sarebbero potute risparmiare.

Se si spendono milioni per le grandi bonifiche, e giustamente perchè se queste non bastano per sopprimere la malaria, le piccole sono talora inutili se non sono precedute dalle grandi, si potrebbe spendere anche una minima parte di essi per tutti quei lavori di piccola bonifica che da soli riescirebbero a risanare tante località, ma che lasciati all'iniziativa privata finiscono per non avere mai esecuzione: la malaria da piccoli ristagni, o da grandi facilmente removibili, e la malaria mantenuta da vasche, pozzanghere, scoli mal tenuti, ecc. ecc., si dovrebbe trovare il modo di farla assolutamente sparire.

* * *

Della diffusione della malaria nelle varie zone non abbiamo fatto che un semplice accenno, ma poichè la esatta conoscenza di questa diffusione è indispensabile, come abbiamo accennato, che la possegga chi desidera seriamen-

te combatterla, sarà opportuno ricordare ciò che deve essere tenuto presente sull'argomento.

Deve essere tenuto presente che, sebbene le varie zone dove crescono le anofele siano suscettibili di divenire malariche in tutti i punti, la malaria non si contrarrà se non in quelli nei quali, per la *presenza dell'uomo malato*, dette zanzare avranno avuto occasione d'infettarsi, e che di conseguenza, poichè l'uomo viene punto in genere quando dorme o nelle case, o nelle capanne, o nelle grotte, o nelle stalle, e poichè le anofele, ammesso che possano portarsi a distanze considerevoli, non hanno l'abitudine di discostarsi da quelle località dove hanno trovato il loro cibo prediletto ed adatti nascondigli per passare le ore diurne, sono proprio le case, le capanne, le stalle, le grotte ed i loro pressi che rappresentano, nelle zone malariche, i varî punti infetti, i varî *focolai malarici*, come tali divengono tutte le sezioni all'aperto dove, come succede sempre pei lavori estivi di campagna, convivono o hanno convissuto dei malarici.

Nè deve considerarsi che questo rappresenti solo quanto la logica suggerisce debba per forza di cose accadere: ispezionando le abitazioni e specialmente quei grandiosi fabbricati dai numerosi sotterranei e dalle numerose stalle, dove è facile scovare le anofele che se ne stanno in agguato nei posti più oscuri, la terribile infettività insita in esse non potrebbe apparire più evidente; lo spiega assai bene del resto il fatto le mille volte osservato, della malaria contratta per avere dormito una sola notte in tante e tante tenute e che si verifica appunto perchè è nei focolai di questa malattia che si cerca abitualmente ricovero!

È quindi col tenere presente la *diffusione* e *localizzazione della malaria* che è possibile formarsi un concetto esatto sulla esecuzione della lotta contro questa malattia: si comprenderà facilmente perchè non va eseguita come una lotta generalizzata, ma individualizzata a quelle località dove il pericolo effettivamente esiste, perchè va eseguita come un risanamento di singole contrade, di singole tenute, e non si potrà perdere di vista l'interessantissima circostanza, che le abitazioni nelle zone malariche, rappresentano spesso il *nido della malaria*, una sicura fonte d'infezione di questa malattia.

Ed ecco come con una concezione chiara sulla diffusione e localizzazione della malaria saremo sempre in grado di tracciare in ogni circostanza e per ogni località un piano preciso ed esatto per una lotta che indispensabilmente dovrebbe riuscire pronta ed efficace.

Dove non potremo fare affidamento sicuro sopra altri metodi, chininizzeremo preventivamente i sani e cureremo immediatamente ed energicamente i malarici.

Ricorreremo precipuamente a colmate, ad incanalamenti di acque, a drenaggi, alla piccola bonifica in una parola, tutte le volte che sarà possibile eseguirla.

Diffonderemo ovunque la pratica della uccisione delle anofele, sia di quelle allo stato aereo nelle abitazioni, la di cui presenza nelle camere da letto è penoso constatarla, sia di quelle allo stato di larve, la di cui esecuzione, riuscendo spessissimo tanto semplice e facile, si dovrebbe cercare di farla entrare nella pratica ordinaria.

Compresi dell'importanza rappresentata dalle abitazioni nella diffusione della malaria, imporremo e sorveglieremo scrupolosamente la profilassi meccanica nelle località più pestilenziali, procurando di ritrarre da questo metodo, che rappresenta l'applicazione più logica e nello stesso tempo la più semplice e la più pratica della grande scoperta sull'eziologia della malaria, tutto l'immenso beneficio che è capace di dare.

Se gli altri infatti comunemente praticati vanno tutti ritenuti ottimi, proficui eminentemente, va però anche riconosciuto che sono molte le località nelle quali la bonifica riesce quasi impossibile, la distruzione delle zanzare impresa assai ardua, la lotta sorvegliata col chinino di esecuzione difficile, e che solo colla profilassi meccanica si potrebbe sperare di combattere con successo la malaria.

Ammesso del resto che la casa rappresenta assai spesso la sorgente d'infezione della malaria e che questa si contrae di solito quando si pernotta nei luoghi malarici, non si può fare a meno di riporre sulla profilassi meccanica il massimo affidamento per preservarsi dalle febbri: una campagna seria, assidua, intensa di divulgazione fra le popolazioni rurali di un metodo come questo, di assoluta garanzia, ed una applicazione su larga scala diligentemente sorvegliata di esso, potrebbe darci, nel più breve tempo, i più brillanti risultati.

Praticando, in ogni modo, razionalmente i varî metodi, non limitandoci a quanto spesso si è fatto, a combattere la malaria col solo chinino, ci potremo opporre alla formazione di nuovi focolai di questa malattia, riusciremo più agevolmente ad impedire che essa si perpetui in tanti luoghi dove è una vergogna mantenerla, potremo fare affidamento di vederla con maggiore probabilità che per lo innanzi annientata, sradicata da tanti altri, eseguiremo in ogni modo la vera campagna contro la malaria, che tale non può chia-

marsi la semplice e talora irrazionale distribuzione di chinino in cui questa si è fatta talora degenerare.

* * *

Perchè questa lotta però possa avere tutta l'esplicazione che merita, non dovrebbe essere affidata come un sopralavoro ai medici condotti, i quali spesso, oberati da un servizio gravoso, non possono dedicarvisi come converrebbe.

L'opera loro va ritenuta assolutamente indispensàbile, perchè nessuno meglio di chi è dedicato all'assistenza sanitaria è in grado di dare una giusta e proficua applicazione alla lotta indiretta contro la malaria, alla profilassi dei sani e cura dei malati, ma la lotta diretta, il risanamento dell'ambiente e l'esecuzione di tutte le misure repressive contro le anofele, sono còmpiti così diversi dall'assistenza sanitaria e richiedono un lavoro tanto assiduo che non possono essere con risultato disimpegnati se non da chi abbia la possibilità di dedicarvisi completamente ed esclusivamente.

Solo *organizzando la lotta* con questi criterî, integrandola cioè e completandola, potremo dire di aver fatto un passo decisivo verso la soluzione del problema malarico.

COMMENTI.

Come il Forlanini ebbe la prima idea del pneumotorace terapeutico.

Ill.mo Sig. Direttore del « Policlinico »,

Ho letto le interessanti note, nei fascicoli 27 e 31, sul *come il Forlanini ebbe la prima idea del pneumotorace terapeutico;* utilissimo è il seguire lo svolgersi di un'idea o di una scoperta scientifica, dai primi rudimenti allo splendore della definitiva conquista, ma da quella lettura hò ricevuto l'impressione che la verità storica, relativa all'argomento, esca alterata. Da quegli scritti sembra che l'idea del pneumotorace curativo sia balzata spontanea e intera — vera Minerva armata — dalla mente del Forlanini; ora ciò non è, e lo stesso clinico di Pavia nel suo primo lavoro « *A contribuzione della terapia chirurgica della tisi. Ablazione del polmone? Pneumotorace artificiale?* » edito nella « Gazzetta degli Ospedali », a datare dal 23 agosto 1882, ricordati gli studi di autori precedenti, diceva: « I chirurgi hanno, senza conseguenze dannose, ora lasciato entrar aria nella pleura, ora per uno scopo terapeutico ve l'hanno iniettata: se il pneumotorace arresta, come tale, il corso della tisi in un polmone: se l'idrotorace ed il piotorace consecutivi insorgono perchè il pneumotorace si forma dalle vie polmonari; perchè a scopo terapeutico non si provocherebbe in un tisico un pneumotorace artificiale a traverso le pareti del petto con le precauzioni necessarie e facili ad ottenere, che valgano a prevenire dei processi pleuritici secondari? ».

Infatti la nozione, frutto di osservazione empirica, che in molti casi di tubercolosi polmonare il sopravvenire di un pneumotorace, per trauma esterno o per complicanza del processo patologico primitivo, riuscisse salutare, è antica di secoli! E il Baglivi lo suggeriva nei casi speciali di ulcera polmonare e, fondandosi su di un felice successo da lui osservato a Padova, si lagnava che nella tisi i medici pensassero ad accrescere il catalogo dei rimedi inutili o a restarsene inoperosi, piuttosto che tentare questa via di riparo. Più vicino a noi Luigi Parola, nel suo trattato *Della tubercolosi in genere e della tisi polmonare in specie* (Torino, 1849), nella parte che si riferisce alla cura, dà le indicazioni del pneumotorace e ne stabilisce l'importanza sui fondamenti fisiopatologici quali oggi sono accettati.

Le moi est haïssable; e odiosissima cosa poi è il citare sè stessi. Ma sia concesso di richiamare il seguente periodo di una mia comunicazione all'VIII Congresso della Soc. ital. per il progresso delle scienze, su di *un precursore dei moderni studi sulla tubercolosi* (il Parola) ove era detto: « Carlo Richet ha una frase famosa, *il faut être révolutionnaire en physiologie, mais conservateur en médecine;* ma come custodire e curare la somma di idee e di pratiche lasciate in retaggio dai grandi nostri avi, se ignoriamo e non attingiamo a tutte le fonti del loro sapere? È degno di meditazione il fatto che siano occorsi quasi duemila anni perchè il concetto della efficacia terapeutica dell'aria esterna di fronte alle lesioni tubercolari abbia potuto trovare una forma pratica e razionale. Narra invero Plinio (*Natur. Historia*, l. VII, cap. L) di Falereo, divenuto empiematico in seguito a vomica polmonare e *deploratus a medicis*, il quale andò a cercare la morte in guerra, *cum mortem in acie quaereret,* e trovò invece un rimedio nella punta di una spada nemica che gli feriva il petto ».

Questi ricordi, che mostrano di quanti ostacoli sia aspra e folta l'ascesa della nostra scienza, invece di offuscare, io penso accrescano di purissima luce la fama del Forlanini, che con un lungo e nobile apostolato ha saputo dare al metodo del pneumotorace artificiale forma agile, innocua, atta alle mani di ogni medico. Con osservanza,

Dev.mo GUGLIELMO BILANCIONI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I nuovi tentativi per utilizzare la prova dell'anafilassi cutanea.

È noto che gli studî sulla ipersensibilità, rivelata non molti anni or sono da Richet, hanno avuto una diffusione impreveduta in tutti i campi della medicina. Dalle tossine dei molluschi si è passati alle tossine bacteriche, ai sieri curativi, ai prodotti protozoarî; col meccanismo dell'anafilassi si sono spiegate alcune intolleranze, alcune idiosincrasie, si sono utilizzate razionalmente reazioni congiuntivali, cutanee, percutanee, sottocutanee.

Anche nel campo dell'alimentazione le teorie sul meccanismo di produzione hanno fatto presa; ed alcuni quadri morbosi che seguono all'ingestione di determinati cibi, per l'identità nosografica (dei sintomi e del decorso) sono stati attribuiti ad uno stato individuale di ipersensibilità, dinanzi a stimoli, che negli ordinarî individui si devono considerare come stimoli normali, o come elementi utili alla vita.

L'urticaria, l'asma, la febbre da fieno, e poi numerose manifestazioni morbose da parte dell'intestino (enterite da bianco d'uovo, ecc.) sono le sindromi morbose che formano la base dell'edifizio, che in questi ultimi anni minaccia di ingigantire. Perchè coloro i quali delle verità accertate scientifiche si servono per scorrazzare nel campo della medicina con raffronti e ricerche incomplete od unilaterali, giungono a creare una nuova patologia che della novità ha anche uno strano semplicismo.

Il problema dell'arteriosclerosi, così complesso nella sua etiologia e patogenesi, è stato affrontato alla stregua delle nuove conoscenze e delle nuove esperienze: poichè l'animale sottoposto ad iniezioni di siero eterogeneo presenta alterazioni arteriose simili a quelle dell'arteriosclerosi, l'arteriosclerosi è il prodotto lento di ripetute offese alle arterie, da albumine o sostanze eterogenee, che agirebbero col meccanismo dell'anafilassi.

Non pare di ritornare alla ormai caduta questione dell'arteriosclerosi di origine surrenale, basata su poche iniezioni di adrenalina e sulla constatazione negli animali di una mesoarterite?

Se pure i nuovi orientamenti medici cadono come di solito nelle esagerazioni delle deduzioni, non per questo l'utilità scientifica sarà negativa; e l'interesse dei medici ad ogni modo deve essere richiamato.

Louis Bishop di New York, a corollario di studî molto interessanti, conclude che lo studio della dietetica nelle malattie sarà più giusto ed utile se non si cercherà tanto il valore dell'alimento quanto *la reazione dell'individuo* all'alimento.

La questione più importante non è di vedere se l'alimento è un buon alimento, o se ha un certo valore alimentare, ma quali sono le sue proprietà e se esso è un alimento giusto ed appropriato ad uno più che ad un altro individuo.

Questo nuovo modo di considerare l'alimentazione per ora del malato, domani del sano, ha qualche nota suggestiva e già i mezzi diagnostici e terapeutici si organizzano per la costruzione dell'edifizio.

Esistono vere anafilassi alimentari finora sconosciute; ebbene, noi abbiamo dei mezzi per scoprirle in *una cutireazione* che può servirsi delle proteine vegetali o animali, di estratti di alimenti, come di estratti di polline, o di forfora di cavallo, ecc., per svelare particolari predisposizioni anafilattiche individuali.

Ne riporto la tecnica di Turnbull, che prendo da un articolo di Samuel Ayres di Boston (*Boston Med. and Surg. Journ.*, maggio 1918), un entusiasta di tali ricerche.

La tecnica della reazione cutanea è molto semplice. Gli estratti di proteine in polvere (tra le proteine alimentari, quelle di bue, porco, pollo, gamberi, fragole, banane, frumento, segale, forfora e crine di cavallo o pelo di gatto) sono in commercio in ampolle a cura di parecchie case farmaceutiche.

Si lava con alcool a 70° la regione flessoria dell'avambraccio, e si asciuga.

Si versa di una soluzione al 2 ‰ di idrato potassico una goccia alla piegatura del gomito, e quindi successivamente altre 3 gocce ad eguale distanza una dall'altra.

Con la punta di un bisturì tagliente si pratica una scarificazione di mezzo centimetro circa, attraverso la goccia, senza far uscire del sangue. Usando differenti proteine si fa subito cadere una piccola quantità di polvere sulla scarificazione e si mescola col liquido. Una delle scarificazioni si lascia come controllo.

Dopo circa 15 minuti si può leggere il resultato: la vera reazione sopravviene tra due e venti minuti.

La reazione positiva è caratterizzata da una papula eritematosa; vi possono essere reazioni dubbie, talora sorge una rapidissima reazione che scompare subito, e questa non deve essere considerata come positiva; d'altra parte il con-

trollo è esatto indice della reazione cutanea alla scarificazione e alla potassa.

L'individuo si deve considerare come anafilassato verso una determinata sostanza, quando la prova cutanea è positiva. Naturalmente logiche conseguenze sono o i tentativi di immunizzazione con le proteine stesse, o l'abolizione in occasione di malattie particolari, a tipo anafilattico, di determinati alimenti dalle diete degli ammalati.

È inutile istituire una critica minuta dei fatti e delle conclusioni: spogliati dalle esagerazioni, vanno per ora considerati come tentativi; e dell'utilità di questi nella medicina sperimentale nessuno può dubitare. *t. p.*

CHIRURGIA.

L'operazione radicale per il cancro del retto e del sigmaretto.

(WILLIAM J. MAYO. *Annals of Surgery*).

L'A. si propone di discutere brevemente cinque problemi connessi col cancro del retto e del sigmaretto: operabilità; mortalità operatoria; difetti di tecnica; funzionamento dopo l'operazione; guarigione permanente. La discussione è basata su 753 pazienti ricoverati nella clinica di Rochester e dei quali 430 furono sottoposti ad operazione radicale.

Operabilità. — Dal 1910 al 1915 si presentarono all'esame 619 pazienti di questa malattia. Si praticò l'operazione radicale in 312. In 186 la malattia era così avanzata da non consigliare l'intervento; in 89, trovate le condizioni avanzate all'esplorazione addominale, l'operazione fu conchiusa o come una semplice esplorazione o con una colostomia palliativa; in 32, sebbene consigliato, l'intervento non fu poi eseguito per varie ragioni. Mettendo da parte questi ultimi abbiamo 275 casi non operabili contro 312 operati: cioè un'operabilità del 53,1 % (Harrison Cripps aveva trovato una operabilità minore del 25 %).

Se si restringe l'esame agli ultimi tre anni, della statistica, se ne trovano operati 199 su 277 cioè 71,8 %: non si omise l'operazione altro che nei casi in cui eran invasi tessuti la cui asportazione era impossibile. Così, per la diffusione del tumore, in 6 casi si fece una isterectomia totale; in 12 fu rimossa la parete posteriore della vagina; in 6 fu resecata porzione della parete posteriore della vescica; in 11 la prostata o parte di essa ed una o ambedue le vescichette seminali; in 2 fu resecata una porzione dell'uretere e suturati i due capi; in uno fu asportata la maggior parte dell'uretra membranosa, la prostata, ambedue le vescichette, la metà posteriore del collo vescicale (il paziente visse quasi tre anni in buona salute prima di morire di metastasi); in 5 casi vennero resecate una o più anse del tenue.

Le operazioni mal consigliate aumentarono assai la mortalità, e in molti casi, se fosse stato possibile conoscere prima l'estensione del male, non si sarebbe operato. Ma sta il fatto, d'altro lato, che molti pazienti con un grado avanzato di malattia non solo guarirono dall'operazione, ma rimasero bene, e che anche coloro che più tardi morirono di recidiva riportarono un effetto palliativo assai più efficace che non avrebbero avuto con la semplice colostomia.

Il cancro del retto tende a rimanere localizzato e non presenta una precoce invasione dei linfatici: la quale, del resto, da sola non costituì mai motivo di inoperabilità. Con l'invasione delle ghiandole rettali si ebbe qualche guarigione permanente; ma nonostante il vuotamento più completo, non si ebbe mai guarigione quando erano invase anche le ghiandole inguinali. La causa più frequente di inoperabilità fu la diffusione del male agli organi vicini; quindi la metastasi epatica; e, terzo, le metastasi peritoneali e retroperitoneali.

Teoricamente almeno bisognerebbe sempre esplorare l'addome a causa della frequenza delle metastasi epatica e peritoneali, altrimenti si espone il paziente a una grave operazione senza possibilità di guarigione.

I cancri del retto superiore non possono chirurgicamente esser distinti da quelli del sigma inferiore, essendo facilissima la diffusione dall'uno all'altro segmento, senza che si possa dire dove il male ebbe origine. Onde la necessità di un solo gruppo, cancri del sigmaretto, nei quali è difficilissimo decidere l'operabilità.

Mortalità operatoria. — Dipende, in senso lato, dal criterio che si segue nel decidere dell'intervento e da quanto più o meno radicale esso viene eseguito. L'A., per i criteri esposti, ha recentemente aumentato i limiti di operabilità. Su 430 operazioni eseguite ebbe una mortalità complessiva del 15,5. Dal 1893 al 1910 essa fu del 17,8; dal 1910 al 1913 del 17,7 con operabilità del 51 %; per gli anni 13, 14 e 15 la mortalità fu del 12,5 e l'operabilità del 71,8 mentre le operazioni furono praticate anche più radicalmente.

Il confronto della mortalità delle varie cliniche mostra che la mortalità bassa coincide con una bassa operabilità: poichè si eliminano i casi con male avanzato, i quali dànno mortalità alta. È questione di una frontiera avanzata, nella quale una larga operabilità dà una mortalità

apparentemente alta e una bassa percentuale di guarigioni; col paradosso che quando si prenda in considerazione il numero totale dei casi si trova che si è guarito un più gran numero di pazienti.

Tutti i pazienti morti nell'ospedale dopo l'operazione furono classificati, senza tener conto del tempo trascorso, come morti per causa di essa. In circa il 95 % dei morti in clinica si ebbe il consenso per l'autopsia; e questa fu eseguita di regola in tutti i casi operati.

Tra i fattori che specialmente aumentano la mortalità va notata l'obesità, la quale rende quasi proibitiva, specialmente nei maschi, l'operazione addominale posteriore in un tempo. Gli obesi sopportano invece abbastanza bene l'operazione in due tempi e anche quella perineale o quella alla Kraske, sebbene nel caso di individui assai grassi anche la semplice colostomia non fu condotta a termine senza difficoltà e rischio: in tali casi l'A. ha eseguito non raramente l'operazione radicale posteriore in un tempo, senza esplorazione o colostomia, terminando con un ano posteriore in posizione normale o vicino a questa.

Le cause più importanti di mortalità operatoria sono:

1° Sepsi, 39,8 %. Essa è dovuta di solito alla contaminazione della ferita o della cavità peritoneale durante l'intervento con contenuto intestinale. Ciò accadde il più spesso in casi in cui il neoplasma aveva determinato ostruzione; quindi l'operazione è di rado attuabile, fino a che non si sia eliminata l'ostruzione: ciò si ottiene con la colostomia, che permette, anche con il lavaggio abbondante del moncone inferiore, di ridurre lo stato di infezione e preparare condizioni più favorevoli. Certo la percentuale di morte per sepsi è troppo alta. Pochi pazienti in cui il tumore era mobile soggiacciono a questa causa di morte. Ma l'A. ha trovato straordinariamente difficile il prevenire la contaminazione della ferita in quei casi in cui il retto è fissato e il tumore è penetrato completamente attraverso le pareti del retto, specialmente quando questa fissazione è avvenuta in modo da coinvolgere la cavità peritoneale. Ciò si verifica specialmente nei casi del sigmaretto, in cui l'operazione deve essere eseguita necessariamente pr via anteriore, casi spesso complicati con ascessi nella pelvi e con aderenze al tenue. In questo gruppo la mortalità fu superiore al 30 %. Sorge spontanea la domanda se in tali condizioni l'intervento è giustificato. La risposta dipende dal punto di vista. È certo che la colostomia è mezzo palliativo assai meno efficace e che circa nel 20 % di tali casi assai avanzati in cui fu praticata l'operazione radicale si ottenne la guarigione di cinque anni.

2° Nefrite, 13 %: di solito acutizzazione di un processo cronico. Ne sono fattori importanti: le infezioni, l'emorragia, la disturbata funzione vescicale. Le abbondanti ipodermoclisi post-operatorie contribuiscono assai a prevenirle.

3° Metastasi non rinvenute, 10,5 %. Disgraziatamente l'esplorazione addominale non sempre scopre tali tumori, specialmente quando essi si trovano sepolti nel tessuto epatico. I pazienti con metastasi cancerosa hanno scarsa vitalità e muoiono spesso per esaurimento dopo l'operazione. Una esplorazione più accurata potrà diminuire questa causa di morte, ma non sopprimerla.

4° Emorragia, 6,5 %. Mentre nessun paziente morì direttamente per emorragia, due morirono per il così detto shock secondario, dovuto a perdita di sangue, scarsa ma progressiva. Negli altri casi di questo gruppo l'emorragia, il fattore principale che condusse all'infezione e all'esaurimento. Delle operazioni prolungate con traumatismo grave possono causare shock, senza perdita effettiva di sangue, ma il processo è il medesimo, essendo il sangue sottratto dalla circolazione generale e accumulato nei tronchi venosi addominali, in preda a dilatazione acuta.

5° Ostruzione intestinale post-operatoria, 3 per cento. L'A. ha perduto due pazienti con questa complicazione, perchè, avendo usato una sutura interrotta del peritoneo, parte della parete laterale del tenue si era in seguito insinuata in una fessura della sutura: è consigliabile perciò una sutura al catgut continua. In un caso la morte fu dovuta all'inclusione di ambedue gli ureteri nella sutura peritoneale. Le altre morti si ebbero per esaurimento ed avvennero di solito alcuni giorni o settimane dopo l'intervento.

Difetti di tecnica. — È l'asepsi che porta alla guarigione primaria delle ferite: l'A. ha avuto pazienti che sono usciti con la ferita perfettamente chiusa sedici giorni dopo l'intervento e sono tornati alle loro occupazioni entro i trenta giorni. Mentre che le ferite infette stentarono spesso da 6 a 12 settimane per chiudersi, allontanando il paziente dalle proprie occupazioni per 3 o 4 mesi.

Funzionamento dopo l'operazione. — I migliori risultati si ebbero con il metodo di resezione a tubo, descritto da Balfour, e con il metodo di riunione termino-terminale di C. H. Mayo. Il metodo di invaginazione attraverso l'ano di Weir ha dato ottimi risultati. ma è

applicabile a un piccolissimo numero di casi. Del resto gli sforzi per mantenere la funzione costituiscono appunto una delle cause di sepsi e morte, o di insuccesso nella guarigione permanente; seguendo in ciò il desiderio del paziente stesso che spesso si dimostra più disposto a quella che a questa.

La modalità della colostomia non influisce notevolmente sul suo funzionamento; si cercherà di tenerla bene in fuori dalla regione pudenda, che è più facile a imbrattarsi e meno facilmente nettabile. L'A. ha avuto buoni risultati con il metodo di Littlewood, che pone la colostomia sopra la spina superiore anteriore sinistra dell'ileo, obliterando lo spazio peritoneale a sinistra dell'ano preternaturale, dove potrebbe andare ad incarcerarsi l'ileo. Due volte l'A. vide seguire l'ostruzione intestinale a una colostomia praticata attraverso il muscolo retto di sinistra. Il metodo di Mixter — colostomia sulla linea mediana immediatamente sotto l'ombelico — è assai soddisfacente in alcuni casi: permette un accesso diretto al moncone inferiore e ne facilita il lavaggio, se praticato come primo tempo dell'operazione radicale; appare anche rendere meno suscettibile di infezione il moncone cieco, se segue all'operazione radicale; infine termina rapidamente e agevolmente una esplorazione o una operazione radicale, occupando l'estremo superiore dell'incisione mediana che è servita per queste.

Guarigioni permanenti. — Dei 430 operati con resezione 364 guarirono dall'operazione. Mettendo da parte quelli operati negli ultimi tre anni, il 33 % vissero tre anni e più e il 28,3 cinque anni e più dopo l'operazione.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Palermo.

Seduta del 13 aprile 1918.

Sulle anomalie congenite del padiglione auricolare con atresia del condotto uditivo (Contributo casuistico).

Prof. S. PUSATERI — L'argomento delle anomalie congenite dell'organo uditivo è stato ampiamente studiato, specie in Italia per opera del Gradenigo, ed ogni ulteriore trattazione in modo speciale riuscirebbe superflua.

Le anomalie congenite del padiglione auricolare con atresia del condotto uditivo esterno non sono certamente frequenti a riscontrarsi.

Le condizioni speciali nelle quali mi son trovato per il servizio militare, in occasione della revisione dei riformati per le malattie di orecchio del XII corpo d'armata, comprendente tutta la Sicilia, mi hanno messo in grado di riscontrare un numero non indifferente di individui affetti da tale anomalia, sui quali ho creduto utile portare il mio studio sia a scopo casuistico, come anche per dedurne qualche considerazione ai fini della terapia.

Il numero degli individui affetti da anomalia congenita del padiglione con atresia del condotto è stato di 21. Essi appartengono a soggetti di una età compresa dai 19 ai 43 anni (classi 1874-1899). Se consideriamo la vita media dell'uomo uguale a 60 anni, risulta che su tre milioni e mezzo circa della popolazione della Sicilia esiste un numero approssimativo di 49 individui affetti da tale anomalia nel solo sesso maschile. E siccome non mi risulta dagli studi sull'argomento che tali anomalie siano più frequenti nel sesso maschile anzichè nel femminile, avendomi dimostrato le ricerche statistiche che in Sicilia il sesso femminile è press'a poco uguale al maschile, si può dedurne che in tutta l'isola esistono complessivamente 98 casi di tale anomalia, con una media, cioè, di una anomalia su circa 35.714 abitanti d'ambo i sessi.

I 21 casi erano così distribuiti nelle sette provincie della Sicilia: Catania 6, Palermo 4, Trapani 3, Calatanissetta 3, Siracusa 3, Girgenti 1 e Messina 1. Dei 21 casi, 7 presentavano la lesione a destra, 11 a sinistra e 3 avevano la lesione bilaterale; ciò che dimostrerebbe una maggiore frequenza della lesione a sinistra ed una grande rarità della forma bilaterale, riscontrandosene appena un caso sopra più di ogni milione di abitanti.

Allo scopo di ricercare in quale rapporto stesse l'anomalia del padiglione accoppiata ad atresia del condotto uditivo, con le altre parti dell'organo dell'udito, non ho trascurato l'esame delle lesioni apprezzabili dall'esterno unito all'esame obbiettivo delle parti che con l'orecchio hanno rapporti di vicinanza; ho eseguito l'esame funzionale qualitativo e quantitativo dell'orecchio, l'esame del senso statico e dinamico e l'esame elettrico auricolare. Ho dato importanza anche all'esame radiografico dell'orecchio ammalato in confronto con quello sano quando la lesione era unilaterale, o di ambedue gli orecchi nel caso di anomalia doppia. In tutti i soggetti non ho voluto trascurare l'esame somatico, antropologico e psichico, avuto riguardo al fatto che le anomalie congenite del padiglione dell'orecchio sono state studiate anche dal lato antropologico.

In generale l'esame qualitativo, quantitativo ed elettrico dell'orecchio non mi ha dato risultati attendibili, anche per quanto riguarda la vertigine galvanica, nonostante i risultati di questa ultima prova non dipendano dalla volontà dell'esaminando. Poichè i soggetti in esame, invasi come erano dalla paura di essere dichiarati idonei al servizio incondizionato, forti dell'anomalia del loro orecchio, si trinceravano generalmente dietro un negativismo passivo, e, o si rifiutavano all'esame elettrico, o vi si sottoponevano mal volentieri, dando risultati inverosimili o contradditorî: senza dire poi che non solo negavano qualunque percezione uditiva dell'orechio ammalato, ma talvolta negavano anche percezione dall'orecchio sano. Quando poi

trattavasi di anomalia bilaterale, talora negavano qualunque percezione uditiva, e si esprimevano con la sola mimica, simulando mutismo, onde confermare una sordità assoluta. I risultati sui quali si potè fare completo assegnamento furono sempre quelli dell'esame radiografico.

[L'O. presenta parecchie delle figure più dimostrative e illustra brevemente le più significative anche nei particolari relativi all'esame somatico, antropologico e psichico, al reperto radiografico].

Di tali reperti radiografici bisogna tener molto conto quando si pone avanti il quesito della opportunità di un intervento operativo, ai fini di aprire un condotto artificiale, nei casi di anomalie congenite del padiglione con atresia del condotto uditivo, ed anche negli altri casi nei quali esista atresia isolata di quest'ultimo.

Poichè a me sembra che la semplice conservazione di una buona percezione uditiva non è il solo elemento che possa indicare l'intervento, nè possa accertarsi quanto Duplay afferma, che *se la facoltà uditiva è conservata, si può concludere per l'integrità della cassa e dell'orecchio interno*. In tal caso si può concludere solo per l'integrità dell'orecchio interno, come nel caso nostro XX, di anomalia bilaterale. Nel quale la cavità timpanica destra risultava molto ridotta nelle sue dimensioni, mentre la sinistra mancava. Poichè può aversi percezione del linguaggio per trasmissione attraverso le ossa della testa al labirinto integro: integrità che è spiegabile in base alle nozioni di embriologia, dalle quali risulta che l'orecchio interno si sviluppa indipendentemente da quello medio ed esterno sopra un ispessimento che si forma al disopra della prima tasca branchiale, in vicinanza del cervello posteriore (assumendo così la medesima origine del sistema nervoso centrale), mentre gli altri due segmenti dell'orecchio si sviluppano più all'esterno sulla metà posteriore della prima tasca branchiale.

Di guisa che non può escludersi che nelle anomalie del padiglione con atresia del condotto, pur essendo ben conservato l'udito, il condotto uditivo osseo o la cassa siano in preda a malformazioni. Ed invero è un fatto comune a riscontrarsi che quando il padiglione è malformato, il condotto uditivo esterno e l'orecchio medio lo sono anch'essi: ed allora qualunque operazione avente per iscopo di aprire un meato uditivo imperforato resta vana. Ciò risulta confermato dagli studi di Tojnbee, Virchow e Lannelogue, e dai tentativi intrapresi dai diversi operatori, come Gradenigo, Kanellis, Castex, ecc.

D'altro canto i casi di atresia congenita del condotto senza malformazioni sono estremamente rari, e le malformazioni isolate di esso sono poco probabili dal punto di vista embriologico. Per cui anche nel caso di atresia isolata del condotto con padiglione pressochè normalmente sviluppato (come rilevasi appunto nei casi delle nostre due prime figure), un atto operativo non sarebbe autorizzato se non, dopo una esplorazione minuziosa dell'organo uditivo, dalla quale si fosse acquistata la certezza di aver da fare solo con un'atresia parziale, con cassa integra e con udito ben conservato.

Quando si sia in presenza di un'atresia estesa od ossea, si deve rinunziare tuttora ad ogni operazione, che sarebbe irrazionale e dannosa.

I reperti radiografici spiegano chiaramente come nel caso XIV i ripetuti tentativi del chirurgo, diretti ad aprire un condotto, riuscirono vani. In tali casi, nei quali, ad una semplice osservazione esterna, il chirurgo sarebbe propenso allo intervento, lo studio radiografico della regione auricolare è da eseguire, e può costituire un ausilio diagnostico prezioso.

Dall'ospedale militare principale di Palermo, aprile 1918. L. P.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 21 aprile 1918.

Presiede il senatore prof. NOVARO.

Varietà rare di ferite dei grossi vasi osservate al fronte.

Prof. SILVIO ROLANDO, maggiore medico. — Fa la storia di alcune ferite dei grossi vasi da scheggia di granata, designate da Duval col nome di *ferite secche*, perchè non sono seguite da emorragia primitiva, o lo sono scarsamente. L'O. dimostra che la mancanza dell'emorragia è dovuta a molteplici fattori, strappamento del vaso con assottigliamento ed allungamento della tunica esterna ed accartocciamento dell'intima; compressione da ematoma periarterioso; diminuzione della pressione sanguigna e della validità cardiaca; aumento della coagulabilità sanguigna, ecc.

L'O. illustra due casi di ferite secche — dell'ascellare e della femorale — da lui trattati nell'ospedale n. 35 della 3ª armata.

L'O. richiama l'attenzione dei colleghi su tali lesioni, le quali, se misconosciute, espongono prima o dopo il ferito ad emorragie mortali. M. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il valore delle varie prove della capacità funzionale renale.

Thomas e Birdsall (*The Journal of the American Medic. Assoc.*, 1917, n. 21), in base ad una larga statistica, dimostrano che la percentuale della mortalità in seguito alle operazioni dell'apparato genito-urinario è notevolmente diminuita da che prima di decidere gli interventi si pratica l'esame della capacità funzionale dei reni. Al riguardo sono stati suggeriti numerosi metodi, buona parte dei quali però l'esperienza ha dimostrato imperfetti o non adattabili alla pratica. Gli autori ritengono che fra tutte le prove della capacità funzionale dei reni quelli meritevoli di essere presi in considerazione per la loro esattezza o per la loro praticità siano i seguenti: l'indacocarminio, la fenolsulfonftaleina, la determinazione dell'azoto non proteico nel sangue e dell'azoto ureico del sangue e dell'urina, la determinazione dell'urea nelle urine a mezzo dell'ipobromito di sodio, la costante ureo-secretoria di Ambard, la determinazione quantitativa della creatinina nel sangue e la crioscopia del sangue e dell'urina.

Le prove con la floridzina, con l'ioduro di potassio ed il lattosio, la poliuria sperimentale, la determinazione dell'acidosi e dei cloruri sono anche buone, ma non come quelle sopra indicate.

La prova della floridzina, benchè molto sensibile, si è dimostrata, sia in condizioni normali che patologiche, imperfetta e contraddittoria.

L'ioduro di potassio ed il lattosio associati al sale ed all'acqua ha più interesse per il medico interno che per il chirurgo in quanto che essa vale sopratutto a distinguere le forme tubulari di nefrite da quelle glomerulari. La prova della poliuria sperimentale di Albarran è molto raccomandata, ma offre il fianco a molte obbiezioni: la difficoltà di raccogliere con catetere ureterale le urine di ciascun rene; la cateterizzazione stimola o inibisce per azione riflessa la secrezione renale; la difficoltà di mantenere per due o tre ore il catetere negli ureteri; la eventuale impossibilità di far bere al paziente la prescritta quantità di acqua; la impossibilità di valutare le differenze di poliuria nei casi di leggere lesioni dei reni. La determinazione infine dell'acidosi e della quantità dei fosfati e dei cloruri contenuti nel sangue ha valore solo per la diagnosi differenziale della nefrite.

Ciò premesso, gli AA. espongono la tecnica adoperata per i metodi di esame da essi prescelti, fermandosi a raccomandare la maggiore precisione nella esecuzione se si vogliono risultati esatti e quindi veramente capaci di dare indicazioni sicure sulla capacità funzionale dei reni.

Le conclusioni a cui vengono gli AA. in base alle loro numerose esperienze possono così formularsi:

Tra tutti i metodi impiegati si è dimostrato il migliore quello dell'indacocarminio; esso si è dimostrato ancora più sicuro e più pratico di quello della fenolsulfonftaleina.

Nei casi nei quali è necessaria una conferma si può adoperare la fenolsulfonftaleina e la determinazione dell'azoto non proteico e dell'urea del sangue.

La costante di Ambard non ha nessun vantaggio sull'indacocarminio e sulla fenolsulfonftaleina.

La crioscopia del sangue e dell'urina si è dimostrata senza alcun effettivo valore.

La determinazione della creatinina del sangue e dell'azoto ureico nell'urina ha dato risultati variabili e quindi non utilizzabili.

Tutto sommato, il migliore esame funzionale dei reni, almeno per i chirurgi, è quello dell'indacocarminio, perchè è il più pratico, il più preciso e il più sicuro. Col metodo cromo-ureteroscopio questo metodo può applicarsi anche all'esame della capacità funzionale di ciascun rene. DR.

Il significato dell'azotemia iniziale.

È nota l'importanza dell'azotemia e del coefficiente ureo-secretorio nel giudizio prognostico della nefrite. Il dosaggio dell'urea sanguigna fornisce, secondo molti studi, soprattutto francesi, dati abbastanza schematici: l'azotemia al di sopra di 3 gr. per litro non si osserva che nell'ultimo periodo della malattia di Bright e deve far temere la morte a breve scadenza; un'azotemia oscillante fra 2 e 3 gr. permetterebbe la vita per alcune settimane o alcuni mesi; con un'azotemia fra 1 e 2 gr. si raggiunge un anno ancora di vita, sempre che non intervengano accidenti dovuti all'ipertensione o complicazioni, sopratutto cardiache.

Ora, quale è il significato da attribuirsi ad un contenuto azotemico di 0,50-1 gr. per litro?

Prima di rispondere alla domanda, bisogna assicurarsi che questo contenuto azotemico, che si suol designare col nome di *azotemia iniziale*, sia un fatto accertato e costante.

Per l'accertamento vanno evitate alcune cause d'errore, capaci di far variare il contenuto in urea del sangue: la quantità di albumina o di cloruri ingeriti, gli edemi e gli ostacoli alla diuresi.

L'influenza dell'albumina alimentare è ovvia. Per i cloruri è dimostrato che essi, aumentando la diluizione del sangue, diminuiscono il tasso di urea sanguigna per litro; quindi azotemie iniziali non debbono ricercarsi che in individui assoggettati a dieta declorurata. Anche gli edemi, accompagnandosi a diluizione sanguigna, nascondono lievi azotemie, che compaiono dopo il riassorbimento degli edemi stessi. Gli ostacoli alla diuresi (calcoli, ecc.) agiscono ovviamente in senso contrario.

Circa la costanza, bisogna con successivi dosaggi assicurarsi che non si tratti di azotemie acute, quali si trovano in molte nefriti acute (fra cui le cosiddette *nefriti di guerra*), in nefriti tossiche, in malattie febbrili (tifo), in ostacoli transitori alla diuresi (spasmi uretrali) ed infine, come episodi acuti passeggeri, nel corso di nefriti croniche.

Assodato, dunque, di trovarsi di fronte ad una *azotemia iniziale* (0,50-1 *gr. per litro*), bene accertata e non transitoria o regressiva, quale valore devesi ad essa attribuire?

Secondo Widal, Weill e Vallery-Radot (*Presse méd.*, n. 67, dicembre 1917), quattro eventualità possono in tale circostanza avverarsi: o l'azotemia resterà fissa ad una cifra leggermente superiore alla normale senza mai però sorpassarla; o il tasso d'urea, dopo alcuni mesi o alcune settimane tornerà definitivamente alla norma; oppure oscillerà intorno a 0,50 gr., con leggere oscillazioni in più od in meno; od infine l'azotemia s'eleverà progressivamente fino a raggiungere e sorpassare 1 gr. per litro.

Come si vede, dunque, l'avvenire dell'*azotemia iniziale* è variabile. In tali condizioni quale significato va ad essa attribuito?

Secondo le ricerche degli autori succitati, l'azotemia iniziale non è che un'*azotemia d'allarme*, che obbliga a dosaggi frequenti e ripetuti almeno ogni 1-2 mesi. Essa non porterà ad un prognostico serio altro che quando, in tal modo, si accerterà come *progressiva*. Ed è questo il dato fondamentale che dà il suo significato e il suo valore all'azotemia iniziale.

Il coefficiente ureo-secretorio di Ambard in individui con un tasso di urea sanguigna intorno a 0,50 per litro non è fisso e segue per lo più le oscillazioni ureiche.

Ma può darsi il caso che con un tasso di urea sanguigna normale, il coefficiente di Ambard sia elevato. Ciò non significa che l'infermo sia sulla strada dell'azotemia. Un coefficiente ureo-secretorio elevato può sia rimanere tale, sia retrocedere fino al valore normale, sia essere il preludio di un'azotemia iniziale, che però non evolve, sia essere il primo termine di una vera azotemia progressiva. Quindi al coefficiente di Ambard, per sè stesso e come dato di giudizio dell'azotemia, non può darsi alcun valore prognostico. La constatazione di un coefficiente ureo-secretorio elevato non significa altro che un disturbo nella escrezione ureica, cui l'organismo può adattarsi, senza che si debba avere accumulo di urea nel sangue. Sicchè il coefficiente di Ambard, mentre è un dato sensibilissimo per studiare la funzione escretoria dell'urea, non permette neanche di prevedere l'installarsi di un'azotemia iniziale. Questa va ricercata in sè, accertata colle dovute cautele e seguita, per l'alto valore prognostico che le spetta quando, come dicemmo, acquista *andamento progressivo*.

G. SABATINI.

CASISTICA.

Tortuosità sigmoide della carotide interna e suoi rapporti con le tonsille palatine e la faringe.

Si fanno molte affermazioni discordi riguardo alla relazione della carotide interna con le tonsille. Se noi esaminiamo i vari testi di anatomia o chirurgia, troviamo che vi sono due opinioni diametralmente opposte; ecco due testi: «l'arteria carotide interna è contigua alla faringe, ma un po' dietro l'amigdala ed è scarso il pericolo di venir ferita nell'amputare la tonsilla». «L'incisione dovrebbe essere fatta dal sotto in su, e il taglio del coltello diretto in dentro, così da evitare ogni rischio di ferire la carotide interna che è in stretta contiguità con la superficie esterna della tonsilla».

La seguente descrizione del Testut spiega le due opinioni citate: «La carotide interna, generalmente rettilinea, può essere più o meno flessuosa e descrivere così delle curve molto variabili per numero, direzione ed estensione: una di queste curve viene qualche volta a mettersi in rapporto con la faccia esterna della tonsilla, la cui ablazione può, in questo caso, essere molto pericolosa». Mac Alister dice: «Quando la carotide interna è tortuosa, giace vicinissima alla sua superficie posteriore ed esteriore, separatane dal costrittore superiore della faringe». Quain afferma semplicemente che «la parte cervicale dell'arteria può essere tortuosa».

A. G. Timbrell Fisher (*The Lancet*) è stato portato a studiare la tortuosità di queste arterie da due casi successivi di flessuosità molto

accentuata, così che ritiene sia fatto molto più frequente di quel che si suppone.

In una sezione trasversa si vede che, stretta alla superficie esterna della tonsilla, separatane dal costrittore superiore della faringe, abbiamo da avanti in dietro la branca tonsillare dell'arteria facciale, che ascende alla tonsilla fra il pterigoideo interno e gli stilo-glossi; la branca palatina ascendente della facciale che passa tra lo stilo-glosso e lo stilo-faringeo; e l'arteria faringea ascendente dalla carotide esterna. La carotide interna giace molto indietro, al lato esterno della tonsilla ed è fuori pericolo, negli interventi su di quella fatti con cautela; così che sembrerebbe probabile che più di essa fosse passibile di danno alcuna delle tre nominate arterie. Così in un caso di Morrant Baker, l'emorragia dalla faringea ascendente (in un uomo di 23 anni, caduto con la pipa in bocca) risultò fatale.

L'A. vide due casi di carotide interna anormale, per tortuosità, una in una donna attempata, l'altra in un uomo di media età; l'arteria descriveva una curva a S, nel primo caso intimamente connessa con la tonsilla, nel secondo più strettamente dell'ordinario. Nell'un caso la curva sigmoide giace nel piano sagittale, nel secondo in parte nel sagittale, in parte nel coronale.

Già Kelly aveva notato che la presenza di grandi vasi pulsanti nella parete posteriore della faringe, che egli aveva osservato clinicamente, era dovuta a tortuosità abnorme della carotide interna: ciò aveva notato in quattro casi, tre dei quali erano soggetti sopra i 70 anni, uno di 22. La prominenza pulsante corrisponde alla piega bassa di una tortuosità sigmoide della carotide interna, sita nel piano coronale, che di solito viene attribuita alla faringea ascendente.

Stimson riporta un caso in cui l'arteria descriveva delle pieghe nel piano trasversale, nella parte bassa del suo corso; seguendo la linea di minor resistenza essa sporgeva all'interno e simulava l'aneurisma.

Quanto alle condizioni etiologiche non si deve, come potrebbe far pensare l'età dei soggetti (poichè molti più vecchi giungono nelle sale anatomiche), sempre sospettare l'arteriosclerosi, che talora all'esame istologico è risultata modicissima, cioè da essere insufficiente fattore della tortuosità.

Sorge allora la questione se si tratti di un fatto congenito o no. L'anatomia comparata può forse darci qualche lume. In molti mammiferi la carotide interna è molto più tortuosa che non nell'uomo: quella della foca è quaranta volte lunga la distanza che attraversa. Nella pecora quell'arteria è assente, sostituita da una rete mirabile, il cui ufficio sembra quello d'impedire la congestione del capo negli animali pascolanti. Anche nell'uomo è stata descritta l'assenza della carotide interna (a sinistra, Quain; d'ambo i lati, Timbrell).

Da queste osservazioni discendono dei consigli pratici. Quando la tortuosità sigmoide giace nel piano coronale, il vaso è passibile di danno negli interventi sulla parete posteriore della faringe (vegetazioni adenoidi), prima dei quali dovremmo avvertire una pulsazione abnorme. Quando la tortuosità sigmoide giace nel piano sagittale è più probabile incontrarla nelle operazioni sulle tonsille. Benchè sia stabilito che i casi di fatale emorragia dopo ablazione di tonsille o incisione di un ascesso peritonsillare non siano dovuti a nocumento della carotide interna, non è improbabile che in qualche evenienza ciò sia stato provocato dalla anomalia in discorso. Anche la legatura della carotide comune può fallire a causa della anastomosi fra le carotidi nel circolo di Willis.

G. BILANCIONI.

TERAPIA.

Il trattamento della sciatica.

J. Strauss (*Journ. Am. med. Assoc.*, 15 dicembre 1917) dopo avere richiamato le diverse opinioni sull'essenza di tale affezione (neuralgia, radicolite, malattia sacro-iliaca, lombo-sacrale, sublussazione sacro-iliaca) e fatta una breve analisi dei novanta casi da lui esaminati, passa a considerare il trattamento.

Viene in prima linea la profilassi: la sciatica, secondo l'A. è più frequente nei mesi estivi per le correnti che possono investire il corpo durante il sonno. Le persone sensibili al freddo debbono evitare appunto le correnti, il bagno ad immersione fredda. Ha pure una grande importanza il pronto trattamento.

Nei primi stadî è da prescriversi il riposo assoluto in letto, l'applicazione del caldo umido sul decorso del nervo, specie alla regione glutea, e la somministrazione di abbondanti dosi di salicilati. Scarsi risultati darebbero gli irritanti locali: dannoso è il massaggio. Se i dolori sono molto forti, si può dare della codeina.

Quando la malattia non cede a questi mezzi e quando dura da settimane e mesi, l'A. consiglia di ricorrere ai due metodi seguenti delle iniezioni di soluzione fisiologica di cloruro di sodio nelle vicinanze del nervo, ovvero epidurali.

Per le iniezioni perineurali, si fa coricare il paziente sull'addome con un cuscino sotto la parte più bassa e i piedi che sporgono all'infuori del margine del letto o della tavola. Si tira una linea dall'articolazione sacro-coccigea al punto più basso del margine esterno posteriore del gran trocantere. La puntura si pratica ad un pollice (cm. 2 1/2) all'esterno della congiunzione del 1/3 interno con i 2/3 esterni della linea accennata. Si usa un trequarti lungo 20 cm., del diametro di 2 mm.: la punta del trequarti non deve sporgere molto dalla cannula. L'ago si infigge direttamente verso il basso attraverso i muscoli glutei fino a toccare il nervo, ciò che si palesa con un vivo dolore e, spesso, con una contrazione involontaria del gastrocnomio. Si ritira allora immediatamente il trequarti e si iniettano 100-150 cmc. della soluzione fisiologica, usando talora una certa forza per spingere il liquido nei tessuti e badando a non spingere invece la cannula nel nervo.

All'iniezione può seguire un forte dolore, che generalmente cessa dopo un'ora. Le iniezioni vanno ripetute a giorni alterni, fino a tre e talvolta cinque.

Per raggiungere lo spazio epidurale, si seguono le linee di Cathelin. Tale spazio, nell'adulto incomincia al margine inferiore della prima vertebra sacrale, dove finisce la dura, e si estende all'articolazione sacro-coccigea. E' in tale punto che viene fatta l'iniezione.

Il punto di repere per il forò sacrale superiore è la fine della cresta, formato dalle spine del sacro: esso ha la forma di V o U rovesciato, e le dimensioni di cm. 1 × 1,5 — 2. È circondato lateralmente da due prominenze, le creste sacrali laterali, palpabili col dito. L'apertura è coperta dal denso legamento fibroso sacro-coccigeo e si trova a circa 2 cm. sopra la fine della piega glutea.

Si usa un ago del diametro di 1 mm., lungo 8 cm., piuttosto flessibile; lo si fa penetrare per una profondità di 6 cm. fino a raggiungere la seconda vertebra sacrale. Non vi è pericolo di penetrare nello spazio subaracnoideo, ma ad ogni modo, introdotto l'ago, si attende qualche poco allo scopo di vedere se fuoriuscisse del liquido cerebro-spinale. Quando è possibile si faccia l'iniezione tenendo il paziente in ginocchio, curvato in avanti.

Nelle persone corpulente però non si può raggiungere lo spazio epidurale.

Si può dapprima anestetizzare la pelle, poi si fa penetrare l'ago (ciò che richiede una certa forza specialmente nel passaggio a traverso il legamento) tenendolo ad un angolo di 45° col corpo se il paziente è nella posizione genu-pettorale. Oltrepassato il legamento, l'ago scivola nello spazio epidurale e viene tenuto orizzontalmente. Durante l'iniezione si fa giacere il paziente sul lato affetto.

L'iniezione consiste di soluzione fisiologica sterile e calda: ai primi 10-20 cmc. si aggiunge cg. 12 ½ di novocaina con epinefrina e si completa dopo qualche minuto l'iniezione (60-80 cmc.). Essa viene ripetuta dopo 48 ore, fino a farne cinque o sette.

Talora però, pure subendo notevoli miglioramenti, non si ottiene guarigione completa; in tali casi porta spesso giovamento il trattamento dell'arto affetto con aria sovrariscaldata.

In generale le iniezioni sul decorso del nervo sarebbero realmente efficaci per fare scomparire i dolori: anche il riflesso patellare, dapprima assente, ritorna poi poco a poco. Con i metodi accennati si ottiene specialmente di abbreviare notevolmente la durata di questa penosa malattia. EIL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La resistenza globulare nella malaria.

La resistenza globulare nei malarici è stata recentemente (*Presse méd.*, n. 67, dicembre 1917) studiata da L. Netter su 24 soggetti normali e 37 malarici. Egli ha trovato che l'aumento della resistenza globulare accompagna abbastanza caratteristicamente l'accesso malarico ed in linea generale questa accentuata resistenza è in rapporto diretto con l'intensità dell'accesso, la specie del plasmodio circolante e la resistenza dell'individuo colpito: quanto più forte è l'accesso, tanto maggiore è l'aumento della resistenza globulare; il plasmodio della terzana benigna provoca minore accrescimento della resistenza che non quello delle febbri estivo-autunnali; gli individui deperiti o cachetici non reagiscono che poco o punto sotto questo senso.

L'aumento della resistenza globulare apparisce poco avanti l'accesso febbrile e cessa poco dopo di esso, sopratutto quando non permangono parassiti circolanti nei periodi intervallari. Ma se si pratica della terapia chininica a dosi massive (specie per iniezioni) al momento dell'accesso febbrile, questo aumento della resistenza viene ancor più esagerato e dura più a lungo. Però quest'azione del chinino, qualunque siano le dosi adoperate, non può essere mantenuta a lungo, e dopo qualche giorno — specie se scompaiono i plasmodi — la resistenza si abbassa e torna alla norma.

Come spiegazione di tutti questi fatti il Netter ritiene, in linea d'ipotesi, che di fronte al nemico globulicida le emazie non ancora invase reagiscono, e l'aumento di resistenza non sarebbe che una prova di ciò.

Il rendere così refrattario il globulo rosso spetterebbe alle antiemolisine del plasma e degli organi emopoietici. Il chinino, agendo in senso favorevole a questo scopo durante il periodo di presenza nel sangue dei parassiti, accrescerebbe indirettamente, mediante la diretta distruzione dei plasmodi da cui deriverebbero materie eccitatrici, la produzione di queste sostanze immunizzanti, antiemolitiche, cui è legato l'aumento di resistenza globulare.

G. SABATINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

The Medical Annual. XXXVI annata. Un volume in-8° di pag. 700, rilegato. — Bristol, John Wright & Sons Ltd., editori, 1918. Prezzo s. 10.

L'ultimo volume del « Medical Annual » segna un progresso sensibile sui precedenti, per la copia del materiale che raccoglie. Costituisce uno specchio fedele dei progressi ultimi realizzati nei più svariati rami della medicina.

A dire il vero, in quasi tutti gli articoli che compongono la pubblicazione i riferimenti si limitano alla letteratura inglese e nord-americana; ma è tenuto conto di ciò che di più notevole è stato fatto in tutti i paesi.

Tra gl'innumerevoli argomenti trattati riteniamo utile di spigolarne alcuni più importanti o di maggiore attualità.

La maggior parte del volume è consacrata, naturalmente, alla medicina militare. Vi trovano posto le condizioni e le indicazioni della sutura primaria delle ferite (asportazione di ogni materiale estraneo e di ogni tessuto mortificato), il trattamento delle ferite settiche (alla Carrel, con dicloramina T, con pasta BIP, con verde brillante, con la luce solare, ecc.); la patogenesi della gangrena gassosa (infezione del tessuto muscolare) e il trattamento di essa (incisioni precoci, resezione dei tessuti affetti, ecc.); il trattamento delle fratture (l'attenzione del lettore è richiamata sui risultati estetici ottenuti nel campo della stomatologia) e dei postumi di fratture degli arti (è messa in piena evidenza la superiorità delle contrazioni contrastate, che si dimostrano molto più efficaci della elettroterapia e del massaggio); il trattamento operativo delle ferite dei nervi; l'impiego delle varie forme di anestesia chirurgica (la spinale è controindicata dopo emorragie recenti; la rettale ha dato buoni risultati: un momento non trascurabile della tecnica relativa è il lavaggio accurato secondario del retto); i vantaggi dell'alcool solidificato; l'accertamento delle malattie ed affezioni simulate e provocate; l'uso dell'elettromagnete gigante in oculistica; ecc., ecc.

Tra gli argomenti estranei alla medicina militare segnaliamo: i frequenti errori commessi nella diagnosi di appendiciti; l'abbandono crescente della cura chirurgica dell'ulcera duodenale e gastrica; i vantaggi della reazione luetinica nella diagnosi della sifilide; i successi del siero salvarsanizzato nella paralisi progressiva e nella tabe (uso precoce e protratto); la simpaticectomia periarteriosa in alcune affezioni dolorose; la radioterapia dei fibromi uterini e del gozzo esoftalmico; la trasfusione di sangue citratato; la fisioterapia delle cardiopatie; ecc.; e tra gli argomenti più nuovi o più dibattuti: l'uso di etero-proteine in varie malattie infettive e nel cancro, l'uso di peptone nell'asma e nelle infezioni tifoidi, la terapia vaccinica della nevrastenia (Robertson avrebbe dimostrato che i nevrastenici sono portatori cronici di germi che elaborano tossine ad azione astenizzante: *catarrhalis*, pneumococchi, emofili); il trattamento elettrolitico della gonorrea; il trattamento dell'iperidrosi con cloruro d'alluminio (25 % in acqua distillata); il trattamento combinato fenolico-sierologico della meningite cerebro-spinale; ecc.

Troviamo fra i collaboratori parecchi bei nomi della medicina inglese e nord-americana: Goodall, Rogers, French, Latham, Andrews, Wheeler, Hunt, Little, Hutchison, Forthergill, Marshall, ecc.

Come al solito, il volume è ripartito in varie sezioni, ordinate ciascuna alfabeticamente, ciò che ne agevola la consultazione.

Per la ricchezza e la qualità del contenuto, esso si raccomanda molto, così ai medici militari come ai civili.

L. VERNEY.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(964). All'abb. n. 6114:

Non possiamo riferirci nella risposta al caso particolare: possiamo notare però che un'oliguria deve richiamare l'attenzione alle condizioni del cuore, dei reni, dell'intestino. Se il cuore è sano, se l'esame chimico e microscopico delle urine è negativo, se non v'ha diarrea, l'oliguria potrà essere un elemento degno di studio, ma scevro di qualsiasi preoccupazione nei rispetti del malato.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CENSURA

CENSURA

CENSURA

Per le promozioni degli ufficiali medici di riserva.

Ho letto sul fascicolo 28 della Sezione pratica del *Policlinico* l'articolo di Pangloss, che si compiace del decreto Luogotenenziale, il quale dispone che per la durata della guerra gli ufficiali di complemento del corpo sanitario, come quelli delle armi combattenti, possano essere promossi per anzianità sino al grado di tenente colonnello. Questo decreto ha riparato ad una condizione di cose preesistente certamente ingiusta, ed è quindi giusto motivo di compiacimento e di soddisfazione per la classe sanitaria e per chi, come il dott. Pangloss, ha tanto contribuito ad ottenerla. Ma io vorrei richiarare ora la sua attenzione sopra la condizione in cui viene a trovarsi la categoria degli ufficiali medici di riserva, di fronte alle altre categorie di ufficiali medici.

Gli ufficiali medici di riserva non hanno diritto che ad una sola promozione, per cui quelli che entrarono nella riserva col grado di capitano furono promossi maggiori e basta: e quelli che vi entrarono a 39 anni col grado di tenente furono promossi capitani, e con ciò la loro carriera è finita, coll'aggiunta soltanto della qualifica di primi capitani per i più anziani, promossi prima della guerra.

Risulta evidente la condizione di umiliante inferiorità specialmente morale in cui vengono a trovarsi ora questi ufficiali medici di riserva di fronte agli ufficiali medici di complemento, tutti assai meno anziani di loro, e molti di essi nominati ufficiali solo dopo il principio della guerra, mentre gli ufficiali di riserva diedero all'esercito come soldati ed ufficiali di complemento i loro più giovani anni, e molti anche altri anni per richiamo sotto le armi in tempo di pace: ora poi attendono al servizio presso gli ospedali militari anche in zona di guerra o di retrovie, come molti degli ufficiali di complemento che non furono mai con corpi mobilitati o solo per breve tempo.

E mentre questi o sono già o saranno tutti presto, per poco che ancor duri la guerra, promossi maggiori ed anche tenenti colonnelli, e insigniti della croce di cavaliere, gli ufficiali di riserva rimarranno sempre col grado attuale. E ciò non è giusto, non è pratico, non è conveniente ai fini stessi del servizio, per servirmi delle medesime parole del dott. Pangloss, per lo meno per le ragioni da questi esposte per deplorare che la promozione dei capitani medici a maggiori sia subordinata a quella degli effettivi di pari grado.

È da augurarsi quindi che una voce autorevole come quella del dott. Pangloss si levi in favore degli ufficiali medici di riserva, e si adoperi con tutta la sua influenza per ottenere che, in vista della lunga durata della guerra, le loro condizioni siano parificate a quelle degli ufficiali medici di complemento.

S. A.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7385) *Aumento di stipendio.* — Dott. abb. 779 S. M. M. — L'indennità di cavalcatura non è stipendio e non è pertanto suscettibile di aumento agli effetti del D. L. del 10 febbraio ultimo. Sullo stipendio di lire 3700, se il Comune ha mantenuta la medesima misura stabilita per gli impiegati civili dello Stato, dovrà avere l'aumento di annue lire 855, e, cioè, del 30 % sulle prime duemila lire, del 15 % sulle rimanenti lire 1700. L'aumento avrà la decorrenza che darà il Consiglio comunale nella relativa deliberazione.

(7386) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. B. B. da Z. di G. — Avendo ricevuto nel 1915 i due mesi di stipendio dal Comune in occasione della prima chiamata sotto le armi, non può averli nuovamente in occasione della chiamata avvenuta alla cessazione dell'esonero, il quale non rappresenta che un temporaneo disimpegno dal servizio attivo. Contro le decisioni del Ministero in materia di esonero non è ammesso ricorso gerarchico. Essendo della classe 1879, dopo l'anno passato in zona di guerra può ottenere nuovamente l'esonero od essere comandato in servizio civile, anche nella propria antica residenza. Riteniamo che nell'anno di zona di operazioni possano essere computati i due mesi precedentemente prestati in quelle località, giacchè le vigenti norme in materia non accennano a servizio *ininterrotto*.

(7387) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. B. da C. L. — L'aumento di stipendio sancito dal decreto Luogotenenziale del 10 febbraio ultimo non fu concesso in vista dello accresciuto lavoro degli impiegati, ma bensì in vista delle attuali condizioni del mercato che han reso più difficile il costo della vita. Erra, quindi, codesto Comune nel negare l'aumento al medico, perchè, a quanto dice, per lui non si è verificato aumento di lavoro. Contro la relativa deliberazione, che altera lo spirito e lo scopo del D. L. del 10 febbraio, Ella ha diritto di ricorrere al Prefetto della Provincia, invocandone l'annullamento.

(7388) *Profughi di guerra - Competenze.* — Dott. P. C. da T. — Per mantenere lo stipendio di cui usufruiva nella precedente condotta avrebbe dovuto mettersi a disposizione del R. Commissario e del Prefetto per essere destinato in quella località ove la sua opera avesse potuto riuscire utile anche in funzione diversa dalla propria. Nell'assumere la nuova carica avrebbe poi dovuto ottenere il preventivo consenso del predetto R. Commissario e Prefetto, ed in tal caso la quota di stipendio sarebbe stata limitata alla eventuale diffe-

renza fra l'antica retribuzione e la metà della nuova. Non avendo Ella richiesto alcuna autorizzazione nè essendo più in grado di ottemperare ad eventuali disposizioni delle autorità summenzionate, non può chiedere che sia continuato il pagamento dello stipendio di cui prima godeva.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 5677:

Non vi è alcuna ragione perchè Ella possa ottenere la proroga che desidererebbe avere, nè l'amministrazione comunale potrebbe fondare tale domanda sulla circostanza che Ella sia della classe del 1876 ed in Comune che trovasi in zona di guerra.

È altresì ovvio che le autorità militari non potrebbero neppure concederle, dopo averla mobilitata, di prestar servizio in un ospedale da campo che ora trovasi per caso nel Comune di sua residenza, ma che del resto può esserne dislocato da un giorno all'altro.

In caso di mobilitazione la sua destinazione verrà fissata al momento ed in base ai bisogni del servizio.

Se precettato e richiamato sotto le armi, potrà far domanda al Ministero, per via gerarchica, della nomina a capitano, allegando oltre i soliti documenti (fede di nascita, condotta e moralità) una dichiarazione dell'autorità civile da cui dipende, che ha prestato oltre 15 anni di esercizio professionale medico.

Al dott. L. G. P. da M.:

La circolare n. 271 del G. M., 1918, che parla di provvedimenti in favore di militari che si trovano in speciali condizioni di famiglia, e che riguarda i sottufficiali e i militari di truppa, non è estensibile agli ufficiali.

All'abb. n. 2002:

Agli effetti dell'avvicendamento le residenze di Brindisi, Otranto, Taranto, ecc., non hanno naturalmente valore di zona di guerra.

Al dott. G. C. da M. S. A.:

Secondo la convenzione di Ginevra i medici militari dovrebbero non solo esser subito restituiti dal nemico, ma non esser fatti neppure prigionieri.

Viceversa insieme a tante altre belle illusioni umanitarie, anche la *neutralizzazione del personale sanitario* è rimasta lettera morta in questa guerra.

Non vi sono pratiche speciali da espletare per ottenere la restituzione dell'ufficiale medico prigioniero. I medici vengono di tanto in tanto scambiati a gruppi con altrettanti sanitari austriaci, ma sulle modalità e le epoche di scambio nulla di fisso.

Per solito vengon prima restituiti quei medici che da maggior tempo si trovano in cattività.

Potrà il sig. G. C. rivolgersi per avere maggiori schiarimenti alla Commissione della Croce Rossa per i prigionieri di guerra, Piazza Montecitorio, Roma.

Circa l'indennità per perdita di bagaglio, essa è corrisposta mediante una quota fissa e non a seconda del materiale perduto e del suo valore.

All'abb. n. 9473:

Per essere autorizzato a fregiarsi del nastrino della medaglia dei benemeriti della salute pubblica non basta aver avuto il diploma di benemerenza, che rappresenta il 4° grado della ricompensa stessa, ma occorre aver avuto lo speciale brevetto che autorizza a fregiarsi della medaglia e che specifica se la medaglia stessa è d'oro, d'argento o di bronzo.

All'abb. n. 1322:

La sua personale domanda di revoca di esonero non poteva avere alcun valore presso il Ministero, che concede o revoca gli esoneri non in base a personali interessi, ma in seguito a fondate domande delle autorità competenti.

La Direzione di Sanità del corpo d'armata potrebbe, per urgenti motivi di servizio, proporre al Ministero che Ella fosse trattenuta alle armi finchè durano tali motivi.

Il Comune la deve pagare dal giorno nel quale ha riassunto il servizio di medico condotto.

Se dimissionario dal Comune, e quindi libero, può chiedere di essere riammesso in servizio militare, ma l'accettazione di tale domanda è subordinata alle varie contingenze del servizio ed al parere delle locali autorità sanitarie militari.

Al dott. A. F. da P. R.:

L'esonero Le è stato concesso in base a necessità di servizio prospettate dalle autorità civili dalle quali Ella dipende.

Se le autorità stesse notificheranno al Ministero la cessazione di quelle condizioni che determinavano la sua indispensabilità, l'esonero Le verrà revocato.

All'abb. n. 9047:

Nulla risulta circa un richiamo presso le unità della Croce Rossa degli ufficiali di classe giovane che, pure appartenendo alla benemerita Associazione, prestano ora servizio presso la Sanità militare.

All'abb. n. 8526:

Al primo, secondo e terzo quesito, la risposta è negativa.

La sua anzianità di grado le dà possibilità di promozione allorchè saranno promossi i capitani medici effettivi che hanno anzianità pari alla sua. Infatti i titoli dei quali Ella è fornito non sono sufficienti per giustificare una domanda di promozione al grado di maggiore *per titoli*.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NEL SERVIZIO SANITARIO DELLE FERROVIE DELLO STATO.

I dottori Martirano Francesco e Pagliano Guido sono stati promossi al grado di ispettore capo, i dottori Diez Salvatore e Tomassi Felice a quello di ispettore principale.

Il nostro compagno di lavoro dott. Filippini Azeglio, direttore del laboratorio d'igiene dell'Istituto Sperimentale, è stato promosso ispettore principale.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

TUSINI prof. GIUSEPPE, colonnello medico della C. R. I. — Dal principio della guerra infaticabilmente sollecito nel prestare l'opera propria di chirurgo anche nei posti più avanzati, incurante di ogni pericolo, si prodigò sempre con generoso e ardente slancio, riuscendo, oltrechè di immediato soccorso ai militari feriti, di esempio ai mille giovani medici che furono suoi allievi nella Università Castrense, e dimostrò costantemente altissimo sentimento del dovere e sereno coraggio. — Fronte di guerra, luglio 1915-giugno 1918.

MEDAGLIA DI BRONZO.

LANZILLOTTA RICCARDO, da Cassano al Jonio (Cosenza), sottotenente medico milizia territoriale reggimento fanteria. — Di abituale esemplare condotta nell'esercizio professionale, durante un bombardamento nemico, essendo stato colpito in pieno un locale adibito a ricovero dei feriti, vi accorreva prontamente e, incurante del pericolo, porgeva sul posto l'ausilio della propria opera. — Bonetti, 15 agosto 1916.

MEDICINA SOCIALE.

Voti di provvidenze per la tubercolosi di guerra.

Il Consiglio di amministrazione dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi di guerra, presieduto dall'illustre prof. Durante, nella tornata di lavori chiusasi di recente, si è particolarmente occupato della tubercolosi di guerra, in rapporto alle provvidenze che l'Opera stessa è chiamata ad esercitare, per lenire le sofferenze dei valorosi soldati che dalla guerra contrassero la grave malattia.

Il Direttore generale della Sanità pubblica, con una esauriente relazione, ha illustrato l'importante problema della tubercolosi in rapporto alla guerra e ne è seguita un'ampia ed elevata discussione che è stata riassunta in un ordine del giorno votato all'unanimità.

In esso il Consiglio rivolge un vivo plauso all'opera attiva, vigile e feconda di bene che S. E. il ministro Orlando ha spiegato nel campo dell'assistenza e della profilassi della tubercolosi, con la collaborazione del Direttore generale della Sanità pubblica ed in pieno accordo con le Amministrazioni sanitarie della Guerra, della Marina, e con l'Associazione della Croce Rossa; ed ha espresso il suo incondizionato consenso al complesso delle provvidenze statali alle quali S. E. Orlando ha legato indissolubilmente il suo nome.

Il Consiglio, quindi, compreso della vastità del compito assegnato in tal campo all'Opera Nazionale dalla legge 25 marzo 1917, formula alcuni voti, intesi ad assicurare la più efficace esecuzione delle benefiche disposizioni legislative: voti che possono riassumersi nei punti seguenti:

che la Direzione generale della Sanità pubblica impieghi sollecitamente le unità ospedaliere mobili di cui è fornita a complemento delle istituzioni ospedaliere esistenti;

che siano adibiti alla Direzione degli stabilimenti anti-tubercolari militari e civili, medici specificatamente competenti, sia usufruendo di quelli che già tale competenza possiedono, sia promuovendo la preparazione tecnica di altri negli istituti sanatoriali già esistenti;

che siano moltiplicati i dispensari in rapporto alla popolazione e stabilite norme generali per la loro fondazione e il loro funzionamento;

che sia sistematicamente estesa l'educazione antitubercolare con tutti i mezzi tecnici opportuni;

che sia riconosciuta alla tubercolosi chirurgica una giusta valutazione in rapporto al criterio di invalidità, riconoscendo gli stretti legami colla tubercolosi generale;

che siano istituiti reparti civili e militari per la cura della tubercolosi col pneumotorace artificiale (Forlanini);

che sia studiata la possibilità di costiuire un organismo centrale consultivo, destinato ad armonizzare tutte le iniziative locali che mirano a combattere la tubercolosi.

Infine ha fatto plauso alla costituzione dei Comitati provinciali ed all'azione coordinatrice delle varie opere locali, ad essi affidata.

NOTIZIE DIVERSE

Per l'igiene sociale nel dopo-guerra.

Nei giorni 6 e 7 agosto si è adunata la Sezione per l'igiene sociale nel dopo-guerra.

Parteciparono all'adunanza l'on. Pantano, presidente della seconda Sottocommissione, il sen. Durante, presidente della Sezione, i membri prof. V. Ascoli, on. Badaloni, prof. Devoto, sen. Foà, prof. Loriga, prof. Lanfranchi, sen. Marchiafava, prof. Pagliani, on. Pavia, on. Pietravalle, comm. Santangelo e il comm. Basile per la Sanità pubblica.

La Sezione fissò le direttive ed i limiti dei suoi lavori in un vasto programma.

Si stabilì di dividere i lavori in tre grandi Sottosezioni.

Una di queste volgerà la sua opera allo studio dei problemi relativi alla difesa igienica del paese, in cui si contemplano specialmente le malattie che durante la guerra hanno assunto maggiore intensità e diffusione, come la tubercolosi, la malaria, le dissenterie, gl'itteri, le malattie professionali e le nevrosi.

Un'altra Sotto-sezione si occuperà della profilassi sociale e della propaganda; rientrano nella sua competenza la difesa dell'infanzia e della maternità, il problema delle case popolari, le opere pubbliche d'interesse igienico e l'insegnamento della igiene nelle scuole.

La terza Sotto-sezione, intitolata all'assistenza sanitaria ed alla legislazione, si consacrerà specialmente all'assistenza ospedaliera, alle assicurazioni statali ed ai provvedimenti legislativi.

Queste Commissioni parziali avranno il còmpito di studiare in primo tempo le provvidenze da attuare nell'immediato dopo-guerra e poi i provvedimenti diretti ad ottenere un progressivo miglioramento igienico e sanitario del paese.

A presiedere le tre Sotto-sezioni vennero chiamati: il prof. Ascoli per la prima, il prof. Pagliani per la seconda, il sen. Durante per la terza. La segreteria generale della Sezione venne affidata al prof. Loriga.

Servizio sanitario militare.

La Direzione generale di Sanità militare ha diramato le seguenti circolari: sui servizi radiologici (n. 4389, del 4 aprile), sulla profilassi antimalarica (n. 402297/3 *C*, del 10 maggio), sulla segnalazione ai corpi delle malattie infettive riconosciute negli ospedali (n. 402711/7 *A*, del 24 mag.), sul servizio antitubercolare nell'esercito (n. 400957, del 31 mar.).

L'incremento della Cassa Nazionale Infortuni.

La Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, con sede centrale in Roma, ha, nel primo semestre del corrente anno — col tramite delle sue numerose sedi compartimentali, secondarie ed agenzie sparse per tutto il Regno — emesse 17,133 nuove polizze assicuranti altri 328,674 operai; ha inoltre ricevute 50,607 denuncie d'infortunio e pagate L. 7,549,689.25 d'indennità per 51,942 casi d'infortunio, di cui 215 di morte e 3964 d'inabilità permanente.

Periodici medici castrensi.

La Croce Rossa americana ha iniziato col dicembre scorso la pubblicazione di un periodico medico riassuntivo delle pubblicazioni mediche francesi, inglesi e americane.

L'intendenza generale del nostro esercito pubblica anche da circa un anno un notiziario medico chirurgico che dovrebbe esser distribuito a tutti i medici mobilitati. Notiamo che non si è creduto di utilizzare a questo scopo il «Giornale di Medicina Militare», che ha 50 anni di vita e si pubblica sotto l'egida del Ministero.

Incetta di latte condensato.

Nella provincia di Porto Maurizio è stata scoperta una vasta associazione di incettatori di barattoli di latte condensato. Si sono sequestrate 50,000 lire di merce.

GIUSEPPE GUARNIERI

Roma, 15 agosto 1918.

Mi è giunta ora la triste notizia che nella notte scorsa, in Offida, sua patria, si è spento GIUSEPPE GUARNIERI, professore di Patologia generale nella Università di Pisa.

Di lui sarà fatta degna commemorazione, nella quale siano dette tutte le benemerenze conseguite con il lavoro scientifico e con l'insegnamento. Ora io seguo l'impulso del cuore mosso dall'antica amicizia per esprimere il rimpianto di questa perdita immatura, e che dovrà riuscire ai cultori della scienza medica in Italia profondamente dolorosa.

Giuseppe Guarnieri fu allievo della nostra Università e per molti anni assistente nell'Istituto di Anatomia Patologica, ove io ebbi la fortuna di averne validissimo aiuto e di assistere allo svolgimento progressivo della sua attività scientifica e delle sue iniziative giuste e feconde. Conseguito, per concorso, il posto di professore nella Università di Pisa, vi dimostrò tutto il suo valore come ricercatore e come insegnante.

Il suo nome rimarrà nella storia della Medicina particolarmente per le sue ricerche sulla etiologia del vajuolo esposte in parecchi lavori, l'ultimo dei quali uscito pochi giorni or sono, quando egli era già colpito dalla malattia, che doveva spegnerlo.

Nel 1892 dimostrò la presenza del suo *citoryctes variolae*, un parassita protozoo nelle cellule epiteliali delle manifestazioni cutanee vajuolose dell'uomo, e in seguito della cornea dei conigli inoculata con il vaccino e con il contenuto delle pustole del vajuolo umano. Per certe ricerche sperimentali comprova la identità etiologica delle due malattie e potè fare uno studio sistematico sulle proprietà morfologiche e biologiche dei parassiti endocellulari da lui scoperti. La grande importanza di questi studi non è soltanto nel campo scientifico, ma eziandio nel pratico, perchè la pre-

senza del *citoryctes*, qualunque ne sia la interpretazione, afferma con assoluta certezza che si tratti di vajuolo, onde un criterio sicuro nelle eventuali difficoltà diagnostiche. Nell'ultimo lavoro — *Studi sul vajuolo* — dà nuove osservazioni sul vajuolo umano, con ingegnosa finezza espone una teoria della patogenesi delle manifestazioni morbose del vajuolo in tutto il loro ciclo dal periodo iniziale alla fase finale della risoluzione.

Giuseppe Guarnieri fu un ricercatore intelligente, accorto, coscenzioso, perseverante nelle indagini intraprese; osservatore sagace e sereno, espositore semplice e chiaro.

Con quale amore egli sapesse invogliare gli altri dello studio lo dimostrano i lavori dei suoi valorosi allievi.

Egli possedeva una cultura generale ed uno spirito di osservazione e di penetrazione veramente ammirevoli, che lo rendevano gradito, piacevole, istruttivo nelle conversazioni, onde io ebbi per lungo tempo la dolce consuetudine.

La sua bontà era veramente nel cuore; la sua amicizia era sincera in *utroque fortuna* anche a scapito dei suoi interessi.

Quando capitava in Roma, ch'egli considerava come una seconda patria a cui era legato dal suo culto per le arti belle, la sua prima visita era al nostro Istituto, memore di avervi passato gli anni della sua buona giovinezza nel lavoro fecondo, sempre in pace ed in amicizia con me e con tanti egregi colleghi che vi lavoravano ricevendo da lui consigli e direzione.

O amico diletto, la tua dipartita è per me un amaro cordoglio come lo sarà per tanti amici ed ammiratori; alla tua cara memoria, nel breve tempo che ancora mi rimarrà di vita, sarò sempre coll'antico affetto fedele.

E. MARCHIAFAVA.

La neuro-psichiatria ha recentemente perduto altri due forti campioni: G. GRASSET ed E. RÉGIS.

Grasset, nato a Montpellier nel 1849, cominciò la sua carriera insegnando terapia, passò poi alla patologia generale ed infine alla Clinica Medica, la cui cattedra nella Università in Montpellier tenne fino a qualche anno fa. Ma spirito schiettamente filosofico, egli orientò ben presto il suo pensiero verso gli studi di psicologia e di neurologia. Pubblicò al riguardo opere veramente importanti, quali i *Centri nervosi*, la *Diagnosi delle malattie dell'encefalo e del midollo*, la *Semeiologia del sistema nervoso*, *Ipnotismo e suggestione*, *Occultismo*, *Lo Spiritismo innanzi alla scienza*, *Malattie dell'orientamento e dell'equilibrio*, *Lo psichismo inferiore*, *La Terapia delle malattie del sistema nervoso*.

Ma ben presto il suo pensiero tendente alla generalizzazione varcò il campo della medicina senza però perderne il contatto. Dai suoi studi clinici e biologici trasse alimento per concepire e pubblicare opere poderose di filosofia: *I limiti della biologia*, *La vita*, *Introduzione fisiologica allo studio della filosofia*, *Il fine della vita*, *L'idealismo positivo*, *La biologia umana*, *Scienza e filosofia*, ecc.

La sua opera più importante di medicina generale è il *Trattato di fisiopatologia clinica e terapia generale*.

In tutti questi libri il Grasset fa rilevare uno spirito di osservazione profondo ed un metodo di esame preciso e accurato. Ma quel che più colpisce è una straordinaria chiarezza di idee e di espressione, una tendenza a schematizzare ed a semplificare.

Tutte le quistioni più astruse, più complicate, più dibattute, acquistano per lui una trasparenza cristallina. Pare che attraverso il suo cervello tutto si chiarifichi e si semplifichi. Ed è tale la suggestione della sua forma che per un momento si finisce con l'accettare per dimostrato anche quello che ad un esame più attento risulta per lo meno controverso.

E. Régis, nato nel 1855 a Bordeaux, dedicò tutta la sua esistenza agli studi psichiatrici. La sua opera più interessante e più originale è quella riguardante le psicopatie tossi-infettive. Intravide e dimostrò la natura tossica ed infettiva di molte psicosi. Fece inoltre importanti studi sulle ossessioni e gli impulsi. Dimostrò e sostenne risolutamente, molti anni prima che ne fosse data la dimostrazione serologica e batterioscopica, i rapporti tra sifilide e paralisi progressiva. La sua attività professionale si svolse sopra tutto nella psichiatria forense. Fu anche elegante ed apprezzato scrittore di cose letterarie.

Grasset e Régis hanno dato alla patria per quattro anni interi la loro illuminata e preziosa attività di scienziati, ed hanno dato anche qualche cosa di più caro: un figlio di Grasset ed un figlio di Régis, entrambi aviatori, hanno perduto la vita sul campo di battaglia.

DR.

Indice alfabetico per materie.

Anafilassi cutanea: ricerche e applicazioni . . . . Pag. 781
Azotemia iniziale: significato . . . . » 786
Cancro del retto e del sigmaretto: operazione radicale . . . . » 782
Carotide interna: tortuosità e rapporti anatomici . . . . » 787
Ferite dei grossi vasi: varietà rare . . » 785
Malaria: per una lotta più efficace e più pronta contro la — . . . . . . » 777
Malaria: resistenza globulare nella — . » 789
Medicazione col cerotto adesivo . . . Pag. 773
Orecchio esterno: anomalie congenite . . » 784
Pneumotorace terapeutico: come il Forlanini ne ebbe la prima idea . . . . » 780
Reni: prove della capacità funzionale . » 786
Sciatica: trattamento . . . . » 788
Tubercolosi di guerra: voti di provvidenze per la — . . . . » 794

CENSURA

Ufficiali medici di riserva: per le promozioni degli — . . . . » 792

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 25 agosto 1918 Fasc. 34.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: S. Tarantino: Su tre casi di emorragia secondaria arteriosa. — **Note di tecnica:** Domenici: Di un altro metodo semplice e pratico per prelevare e spedire campioni inalterati di sangue da analizzare. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: P. Sainton: Le meningoccemie. — FARMACOLOGIA: Loup: Studio farmacodinamico sulla pellettierina. — CHIRURGIA: A. Bier: Sulle emorragie secondarie a ferite da arma da fuoco; trattamento e profilassi. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** R. Accademia Medica di Roma.

Appunti di medicina pratica: QUESTIONI DEL GIORNO: L'alcool solidificato ed il suo uso in chirurgia di guerra. — CASISTICA Le enteriti da Lamblia. — TERAPIA: L'adrenalina come mezzo per prevenire e combattere le intossicazioni da arsenobenzolo. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Riflessi pneo-pneici e pneo-cardiaci. — **Posta degli abbonati.** — **Varia:** La stampa medica francese durante la guerra. — **Notizia bibliografica.** — **Pubblicazioni pervenuteci.**

Nella vita professionale: R. Ceramicola: Sull'aumento di stipendio ai medici condotti. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Medicina sociale:** La donna nelle opere di assistenza materna. — **Nostre corrispondenze:** A. Rossi: Malattie nuove o risorte nella Patria in armi e mirabili difese. — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE CONTUMACIALE DI ABANO.
Direttore col. med. cav. prof. GIANI.

Su tre casi di emorragia secondaria arteriosa

per il cap. dott. TARANTINO SALVATORE,
Capo reparto.

Dopo aver osservato parecchi casi di emorragie secondarie, mi è sembrato opportuno pubblicarne tre che rivestono una certa importanza per considerazioni utili che da essi possono trarsi.

Sottotenente C... G..., del ... fanteria, fu ferito il 14 settembre u. s. a quota 263, da pallottola di fucile, con foro di entrata nella faccia dorsale della parete posteriore dell'ascella destra e foro di uscita in corrispondenza del 4° spazio intercostale sinistro, sulla linea scapolare. La ferita era penetrante in cavità toracica, e poco dopo l'infermo ebbe i segni dell'anemia acuta per emorragia interna. Trasportato in un Ospedaletto da Campo, accusò vasta dolenzia al costato destro, dove, all'esame, si rilevò abbondante versamento, comprovato anche dalla radioscopia.

L'itto cardiaco era spostato di due dita trasverse all'infuori della mammillare; ma come risulta dalla cartella clinica, le condizioni del polso non rilevavano alcun risentimento fun-

zionale del cuore. Fu assalito da febbre a tipo intermittente, sicchè mutata la natura del liquido da ematico in purulento, l'8 ottobre si praticò la resezione della 7ª costola di destra, dando esito ad abbondantissima quantità di pus. Le condizioni andarono poi lievemente migliorando: la temperatura era diminuita; ma persisteva sempre dalla ferita toracica, drenata con grosso tubo, la fuoriuscita di discreta quantità di pus. Nel novembre fu trasferito con treno Ospedale nel mio Reparto, ove giunse la mattina dell'11, alle ore 5.30. Durante la visita mi accorgo che tutta la medicatura era bagnata di sangue; faccio portare l'infermo nel gabinetto radioscopico, e, riuscita negativa la ricerca di proiettile o di schegge ossee, si passa in sala operatoria. Tolta la medicatura, noto che dalla faccia posteriore dell'ascella destra vien fuori del sangue rutilante a zampillo, il quale si fa strada attraverso grumi che ostruiscono il tragitto di quella ferita. Toltili colla spremitura, lo zampillo si fa più forte; si fa la compressione della succlavia sulla 1ª costa, e dopo rapida pulizia, procedo alla legatura dell'arteria ascellare sotto la clavicola. L'emorragia cessa, detergo dai piccoli grumi il tragitto che tampono; ricambio il tubo a drenaggio del torace, e medico.

Il paziente frattanto è divenuto pallidissimo, per quanto il sangue perduto non sia stato eccessivo; si pratica un'ipodermoclisi con aggiunta di Adrenalina al millesimo, autotrasfusione, ecc.; ma 8 ore dopo l'arrivo il paziente muore.

Sergente maggiore M... D... del ... fanteria. Riportò il 1° ottobre u. s. a Nord Lagher, ferita a fondo cieco, nella regione esterna del terzo medio del braccio sinistro, per pallottola di pistola mitragliatrice. Il braccio nel terzo superiore, sino al cavo ascellare si tumefece enormemente subito dopo, e scomparve il polso alla radiale. Il 7 dello stesso mese fu trasferito al mio reparto; la ferita era perfettamente cicatrizzata, i movimenti dell'arto soltanto non erano del tutto liberi per la pregressa emorragia. La notte del 17 l'arto si tumefece nel terzo superiore con cute tesa e bluastra, ed allora pratico un'incisione lungo il bordo interno bicipitale, estraggo molti germi nerastri, e non vedendo alcun punto emorragico in atto, faccio un tamponamento stipato e medico. Nulla di nuovo sino alla notte del 23, in cui si ripete l'emorragia. La mattina successiva, rimossa la medicatura, si vede fuoriuscire profondamente dall'ascella, dall'angolo superiore dell'incisione praticata il 18, del sangue nerastro a nappo; e nella certezza, almeno dai sintomi apparenti, che fosse stata ferita anche qualche grossa collaterale della vena ascellare, procedo alla legatura di questa. Fatta la radioscopia si nota un proiettile a metà schiacciato nella faccia posteriore del torace sinistro in corrispondenza della 1ª costa fra terzo medio e terzo esterno. Chiamato in consulto il prof. Bassini, egli propone la legatura dell'arteria ascellare; e l'atto operativo, praticato il giorno 26, riesce molto indaginoso, perchè la vena ascellare, trombizzata per lungo tratto, in seguito alla legatura, è aderente molto all'arteria e si cerca di limitare al minimo possibile la manovra di scollamento, per evitare il distacco di qualche grosso embolo, e per non rompere le fragili pareti. Ed allora, isolati il mediano, l'ulnare, ed il brachiale interno, dopo aver messo completamente allo scoperto l'apice dell'ascella con distacco del grande e piccolo pettorale, palpando la pulsazione dell'arteria, posteriormente alla vena, si passa un laccio comune per tutte e due e si lega. Si restringe la breccia, drenandola; s'incide il sottoscapolare, si ricerca, e si estrae la pallottola, si drena questa seconda breccia, e si medica, dopo aver praticato un'ipodermoclisi di 600 cmc. La notte del 31 si ripete abbondantissima l'emorragia, e l'infermo muore subito dopo.

Alla necroscopia, fatta la dissezione dei tessuti ed isolato il fascio vascolo-nervoso del braccio sinistro sino a sotto la clavicola, si trova l'arteria ascellare in corrispondenza del terzo medio dell'ascella sezionata completamente, e tra l'uno e l'altro capo intercede la distanza di circa tre centimetri. Il capo periferico era afflosciato, ridotto nel lume; quello centrale beante, a pareti un po' indurite colle tuniche esterna ed interna di colorito roseo. Si vedevano sulla vena ascellare i due lacci di seta distanti tra loro circa 4 centimetri; quello superiore distava dall'estremo del moncone superiore dell'arteria pochi millimetri.

C... A..., soldato del ... fanteria. Riportò, per pallottola di fucile, il 1° novembre u. s. a quota 208 alla guancia destra una ferita a canale completo, con foro di entrata subito dietro l'angolo del mascellare inferiore, e foro di uscita nel terzo esterno del margine inferiore del ponte zigomatico. Appena ferito, l'infermo ebbe dal foro di entrata del proiettile un forte getto di sangue, che egli arrestò con spasmodica compressione col fazzoletto. Il giorno successivo viene trasferito in questo Ospedale e si costata che la regione carotidea è un po' tumefatta per lo stravaso sanguigno, le due lesioni sono in via di guarigione e la chiusura dell'occhio destro è impossibile per paralisi del facciale. Si fa qualche medicatura asettica, e la mattina del 15 si trova la medicatura sporca di sangue per lieve emorragia avuta durante la notte. Nelle ore pomeridiane del 17 si ripete abbondantissima l'emorragia. Tolta rapidamente la medicatura, si vede uno zampillo a grande distanza di sangue rosso rutilante. Si fa la compressione della carotide primitiva nel mentre preparo l'occorrente per l'intervento.

Con anestesia cocainica, fatta la compressione sul solo punto emorragico, incido sul margine anteriore dello sterno cleido-mastoideo, e siccome mi riesce difficile la ricerca della carotide esterna, sia perchè la regione era in parte occupata dalla compressione, che se per poco rallentata, lasciava tornare lo zampillo di sangue, sia perchè i tessuti gonfi per imbibizione male si disseccavano, isolo la carotide primitiva, e subito al disotto della sua biforcazione l'allaccio. Suturo la ferita, lasciando un piccolo drenaggio capillare. Le condizioni generali e locali andarono benis-

simo senza temperatura e senza accenno di disturbi cerebrali, e l'infermo si dimette completamente guarito.

Ripeto qui le nozioni acquisite sulle lesioni dei vasi e sulle emorragie secondarie riportate nei vari trattati di chirurgia di guerra. Le lesioni delle arterie, parlando unicamente di queste perchè sole ci interessano, possono essere contusioni, ferite laterali, perforazioni totali e sezioni totali.

Nelle contusioni, secondo Delorme, si distinguono 3 gradi: nel 1° la superficie esterna dell'arteria è ecchimotica, e quella interna ha delle graffiature trasversali come se prodotte da punta di spillo; nel 2° la media è lesa profondamente, e presenta una vera piaga localizzata, irregolare all'interno; nel 3° le lesioni profonde sono estese a tutto il lume del vaso.

Le ferite laterali sono perdita di sostanza che possono interessare il quarto o il terzo del diametro trasverso del vaso.

Le perforazioni totali, come quelle laterali molto frequentemente constatate nelle esperienze sui cadaveri, consistono in ferite circolari, ovolari, eccezionalmente lineari, a bordi netti appena sfrangiati; al disopra ed al disotto della lesione, la tunica interna non è retratta.

La sezione totale si constata sopratutto nelle piccole arterie; nelle grosse sembra consecutiva all'azione di proiettili animati da grande velocità. Palle deviate, pallottole di shrapnel le producono facilmente.

Sintomatologia: emorragia il più sovente a getto di sangue color rutilante, che si arresta colla compressione sul capo centrale dell'arteria; scomparsa del polso al capo distale. La concomitanza di ferita delle vene toglie a tale schema di sintomatologia la sua chiarezza.

Le emorragie sono ritardate e secondarie, quelle sopravvengono d'ordinario 24-48 ore dopo l'emostasi spontanea o provocata, queste si distinguono in anticipanti se compariscono dall'8° al 15° giorno, e tardive se dal 30° al 40°. Le cause sono: la caduta dell'escara d'una arteria contusa, l'ulcerazione per una scheggia d'osso, per un corpo estraneo metallico, la caduta prematura d'un filo settico ed anche asettico; ma molto più spesso la disgregazione d'un trombo per suppurazione. Sovente, specie quando sono legate alla caduta di un'escara, si annunziano con piccoli trasudamenti sanguigni che si rinnovano e si aggravano a misura che l'escara si separa di più.

Come cura è prescritta la legatura dei due tronchi del vaso; la legatura a distanza è deplorevole. Ed ora poche considerazioni sui nostri casi clinici:

Nel 1° si verifica una contusione dell'arteria ascellare, la cui escara, per setticità della ferita, è caduta dopo ben 57 giorni, dando una emorragia consecutiva. Nel 2° si è avuta la sezione completa dell'arteria ascellare con emorragia primitiva, trombosi del moncone centrale e distacco del trombo dopo 17 giorni, mentre mancava una delle qualsiasi cause determinanti l'emorragia secondaria: setticità della ferita, scheggia d'osso, corpo estraneo, caduta di filo. Bisogna dedurne allora che alla emostasi del grosso vaso abbia contribuito il trombo formatosi, la diminuita pressone interna per l'emorragia primaria, e la forte compressione sul moncone centrale determinata dai grumi di sangue stravasato. Poi quando il il 2° ed il 3° di questi fattori son venuti meno, perchè il paziente si è rimesso dall'anemia ed il sangue stravasato si è riassorbito, un qualsiasi sforzo che aumentava la pressione sanguigna, non trovando ancora dopo 15 giorni organizzato bene il trombo, lo ha smosso e lo ha portato via.

Il moncone centrale poi che come abbiamo detto aderiva alla parete posteriore della vena trombizzata era quello che dava la sensazione di pulsazione, quando, isolati i vasi in blocco, si cercava di assicurarsi della presenza dell'arteria prima di passare il laccio comune; ma questo venne a cadere al di fuori dell'estremo del moncone centrale stesso, lasciandolo così esposto alla minaccia di nuova emorragia, che poi infatti portò a morte fulmineamente l'infermo.

Nel 3° caso si è avuta ferita laterale della carotide esterna con emorragia primaria e trombosi; poi una prima emorragia secondaria dopo 15 giorni, ed una seconda, abbastanza copiosa, dopo altri due.

Anche in questo, come nel precedente, mancava la comune causa determinante l'emorragia secondaria: la ferita, per quanto non completamente cicatrizzata, era in via di perfetta guarigione.

Praticai per necessità la legatura della carotide primitiva, per quanto non sia consigliabile la legatura a distanza del punto emorragico, e ne ebbi felicissimo esito, non solo per ciò che riguardava il ripetersi dell'emorragia; ma anche per quello che poteva temersi in casi di simili operazioni: i disturbi cerebrali consecutivi. Si era notato infatti che l'allacciatura della carotide primitiva portava come conseguenza immediata il più delle volte dei disturbi cerebrali abbastanza gravi, come

l'emiplegia permanente del lato opposto; ed il Ceci nel 1904 enunciò la proposizione che la legatura simultanea della carotide e giugulare interna produce effetti meno dannosi sul cervello che la legatura della sola carotide; perchè, proporzionata la diminuzione dell'afflusso, viene mantenuto meglio l'equilibrio circolatorio nel cervello. Ed oggi dalla gran maggioranza dei chirurgi, quando è necessario praticare la legatura della carotide primitiva, si fa l'allacciatura doppia di essa e della giugulare interna.

Io ho potuto osservare nella mia pratica che, quando l'atto operativo è praticato nei vecchi, i disturbi cerebrali si verificano quasi sempre, posso dire anzi sempre; quando invece è praticato su giovani, non si verifica mai. È facile vederne il perchè nello stato di nutrizione dei piccoli vasi cerebrali.

Da tutto ciò possiamo trarne queste conclusioni:

1° che l'emorragia secondaria per sepsi può verificarsi anche dopo il 40° giorno, ed è perciò che tali infermi debbono essere maggiormente sorvegliati, quando, per il tragitto del proiettile, si ha la presunzione della ferita di un grosso vaso;

2° che l'emorragia secondaria nei grossi vasi può verificarsi anche all'infuori delle comuni cause note sino ad oggi, quando cioè manca del tutto, o viene a mancare, qualche altro fattore, che impedisca il distacco del trombo in via di organizzazione, e sottostante a forte pressione;

3° che la legatura a distanza dal punto emorragico può farsi quando non sia possibile rintracciare e legare i 2 monconi;

4° che la legatura della carotide primitiva nei giovani può praticarsi isolatamente senza avere disturbi cerebrali.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE TERRITORIALE DI SAN GIMIGNANO.

Di un altro metodo semplice e pratico per prelevare e spedire campioni inalterati di sangue da analizzare.

Note del dott. DOMENICI, Direttore.

Nel *Policlinico* del 7 aprile 1918, fascicolo 14°, si legge una dettagliata nota del dott. Scigliano nella quale è esposto un suo metodo assai ingegnoso e pratico, per prelevare e spedire con sicurezza campioni di sangue da analizzare.

Poichè tale metodo viene reso noto con lo scopo nobilissimo di facilitare al medico pratico, che vive lontano dai centri scientifici, una tecnica che può avere tutte le apparenze di una qualche difficoltà, e poichè da molti anni, e più specialmente da che dirigo questo ospedale, ho avuto occasione di usare un mio metodo che su quello del dott. Scigliano mi pare abbia qualche vantaggio, ho creduto doveroso esporlo, non per quella grafomania che così simpaticamente il collega U. R. criticava nel numero del *Policlinico* sopra ricordato, ma perchè sono convinto che sarà bene accolto e tornerà utile ai molti colleghi che, vivendo in condotte isolate dai centri, vogliono approfittare dei mezzi diagnostici che possono offrire i gabinetti scientifici.

Dunque, quando a me è occorso di dover prelevare ed inviare campioni di sangue per la sierodiagnosi del Pfeiffer, del Vidal, del Wassermann o del Bordet e Gengou, ecc., io — da molti anni — ho adottato questo metodo semplicissimo, sicuro e alla portata di qualunque medico, perchè non importa speciale strumentario, richiedendo unicamente:

1° Una siringa di Pravaz tutta in vetro, da due o più cmc., con relativo ago.

2° Due o più fialette di vetro, nuove, da uno o più cmc., di quelle che tutte le farmacie, anche della più modesta condotta, sono solite tenere per i medicamenti da usarsi per via ipodermica.

E niente altro. Tutto materiale quindi alla portata di qualsiasi medico in qualsivoglia regione si trovi ad esercitare. Ciò premesso, ecco in che consiste la tecnica:

Mentre si procede alla disinfezione del braccio del paziente, da cui si vuole prelevare il campione di sangue, si mette a bollire in un qualunque recipiente (possibilmente di metallo, tappabile) tanto la siringa — che si avrà cura di scomporre nei suoi due pezzi per evitare che,

con la prolungata ebolizzione, non si venga a rompere — quanto l'ago e le due fialette.

La tecnica tanto della disinfezione dell'arto, quanto dell'infissione dell'ago nella vena, essendo la stessa usata dal dott. Scagliano e da lui dettagliatamente esposta, non starò a fare una inutile ripetizione; aggiungerò solo, avendo spesso trovato colleghi un po' timorosi e refrattarî ad una pratica così semplice e pure talvolta così utile, che essa non richiede nè speciali attitudini, nè una speciale manualità, e quando il medico, il più refrattario ad ogni cosa nuova, l'avrà praticata una sola volta, vi ricorrerà quando ne avrà bisogno, con la stessa tranquillità e sicurezza con la quale suole procedere oggi ad una comune iniezione ipodermica.

Bollito, per 15 o 20 minuti in acqua, magari con l'aggiunta di un po' di soda del commercio, tutto il piccolo strumentario descritto, e fatta un'accurata disinfezione delle mani dell'operatore, con una lampada a spirito, o in mancanza con un semplice batufoletto di cotone idrofilo imbevuto di alcool ed incendiato, si procede, *in un primo tempo*, ad estrarre l'acqua entrata durante l'ebollizione nelle fialette di vetro vuote e sterilizzate, ciò che si ottiene facilmente facendole passare su la fiamma fino che l'acqua non ne sia stata scacciata tutta completamente e le fiale non sieno diventate asciutte, allora verranno messe su di un tavolo a portata di mano ed in posizione orizzontale.

Introdotto l'ago ed aspirata la quantità di sangue che può occorrerci (ciò che si ottiene rapidamente e senza il pericolo che un grumo di sangue ostruisca il lume dell'ago perchè il sangue, oltrechè per la *vis a tergo*, sale a riempire il corpo della siringa anche e più propriamente per aspirazione), si toglie ago e siringa insieme e, seduta stante — dopo aver messo su la piccola bucatura del braccio una protezione asettica qualunque — si introduce nuovamente l'ago nella fialetta precedentemente preparata e, piano piano, si fa passare il sangue aspirato dal corpo della siringa in quello della fiala di vetro.

Come ultimo tempo, allora, non rimane altro che saldare alla fiamma la fialetta ripiena di sangue, provvedere alla definitiva medicatura del braccio da cui fu tolto il campione, e ciò con i soliti presidî antisettici; quindi rinvolta la fiala o le fiale in cotone e racchiuse in una scatoletta di legno, come si vedono confezionate le fiale dei sieri, inviare il tutto al laboratorio per l'esame.

Il metodo non potrebbe essere più semplice, più sicuro e anche più economico: non presenta inconvenienti di sorta ed è alla portata di tutti.

L'ho praticato già molte volte e da molti anni e non ho mai avuto a lamentare alcun inconveniente; ricordo anzi che, recentemente, nel sospetto di un caso di melitense, prelevai con questo metodo un campione di sangue, campione che, per una serie di contrattempi, girò per 7 od 8 giorni, prima di arrivare al gabinetto di clinica medica della Università di Siena cui era destinato; ciò nonpertanto il professore Patella, direttore della Clinica, che gentilmente praticò l'esame, mi avvertiva, dopo qualche giorno, che il risultato era stato spiccatamente positivo, e mi consigliava di procedere alla sieroterapia del caso.

Si aggiunga che questo metodo, così semplice e senza alcuna pretesa, non ha bisogno di speciali riguardi, nè può per qualche speciale circostanza fallire; una sola precauzione è necessario usare quando si fa il passaggio del sangue dal corpo della siringa nel capillare col quale suole terminare la fialetta nuova: ed è di spingere piano piano lo stantuffo della siringa, in modo che il sangue passi lentamente nel corpo della fiala, altrimenti agendo in modo brusco e rapido il sangue regurgita e si disperde, obbligando l'operato a tornare da capo.

San Gimignano, 8 aprile 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le meningoccemie.

(P. SAINTON. *Paris Médical*, 1918, n. 31).

Le recenti ricerche hanno dimostrato che la meningite cerebro-spinale non è la sola manifestazione, la sola localizzazione della infezione meningococcica, e che l'agente patogeno perviene alle meningi non per diffusione dal rinofaringe agli spazi sottoaracnoidei, ma, almeno nella grande maggioranza dei casi, per la via del sangue. Le tappe della infezione sono le seguenti: 1° adenoidite posteriore; 2° invasione del sangue; 3° localizzazione meningea. In altre parole, si può dire che la meningite cerebro-spinale è la determinazione locale di una setticemia il cui punto di partenza trovasi nel rinofaringe. Ma ciò non toglie che al di fuori della meningite cerebro-spinale si verifichino una serie di infezioni meningococciche, nelle quali manca lo stato meningeo, o questo si manifesta solo come il preludio, l'as-

sociazione o un episodio della infezione generale dell'organismo. Le forme cliniche di infezione sanguigna da meningococco senza o con stato meningeo lieve e trascurabile, si possono così raggruppare: 1° Forma fulminante o acutissima; 2° Forma tifoidea (tifosi meningococcica); 3° Forma intermittente (tipo pseudo-malarico); 4° Forme eritematose (scarlattiniformi, purpuriformi, roseoliformi); 5° Forma articolare (reumatismo meningococcico); 6° Forma metastatica; 7° Forme fruste.

La *forma fulminante* si inizia con brividi, o è accompagnata da eruzione petecchiale più o meno abbondante e da cianosi delle estremità; il polso è frequente, debole; il coma sopravviene nelle 24-48 ore. All'autopsia si constatano emorragie cutanee e mucose, stravasi sanguigni negli organi. La cultura del sangue è positiva. E necessario conoscere questa forma per spiegare alcune morti improvvise durante un'epidemia di meningite cerebro-spinale.

La *forma tifoidea* è rara. Sono presenti quasi tutti i sintomi tifosi: stupore, polso dicroto, andamento della temperatura, meteorismo addominale, splenomegalia, cefalea, adinamia e qualche volta anche roseola addominale.

La *forma intermittente* o *pseudo-malarica* è la più frequente delle forme setticemiche. L'andamento della febbre è schiettamente analogo a quello della malaria a tipo per lo più terzano o quotidiano, e da essa non si potrebbe distinguere, senza l'esame microscopico del sangue, l'emocultura ed il criterio terapeutico. Tuttavia la forma pseudo-malarica non si ha sempre allo stato puro, il più delle volte anzi sono presenti manifestazioni articolari ed eruzioni cutanee polimorfe. In questo caso la forma si inizia o si termina con uno stato meningeo.

Per quel che riguarda le *forme eritematose* va ricordato che tutte le varietà di setticemie meningococciche sono accompagnate da eruzioni cutanee, e quindi si parlerà di forma eritematosa quando la manifestazione cutanea è il sintomo più imponente dell'affezione. Si può avere innanzi tutto una forma *purpurica* o porpora meningococcica, che può assumere tre tipi differenti: il tipo fulminante o *porpora fulminante*, il *tipo acutissimo purpurico* e *subacuto purpurico*. Il primo tipo o *porpora fulminante* corrisponde alla porpora fulminante di Henoch; il tipo acutissimo si inizia con brividi, elevazione brusca della temperatura, e *rash* fugaci. Poi compaiono petecchie che diventano sempre più numerose nel corso della malattia, la temperatura aumenta sempre e si ha la morte in coma. Questo tipo talvolta è accompagnato da artropatie. Si può confondere col tifo esantematico. La forma *subacuta purpurica* ha un decorso torpido, può durare settimane e mesi. L'eruzione procede a *poussées*, che coincidono con elevazioni termiche a carattere malarico. Le petecchie hanno dimensioni variabili e possono diventare vescicolose ed ombelicarsi. Nel corso della malattia si hanno enterorragie, emorragie nelle capsule surrenali, epistassi e più raramente gastrorragie, ematurie ed emotorace.

Oltre a quelle purpuriche possono aversi sindromi morbilliformi e scarlattiniformi accompagnate anche esse da localizzazioni articolari.

Le *forme articolari pure (reumatismo meningococcico)* sono piuttosto frequenti. In numerosi casi la meningococcemia si inizia con lesioni articolari e può essere scambiata con il reumatismo articolare acuto, solo più tardi e non sempre si ha l'episodio meningeo. L'articolazione più frequentemente colpita è il ginocchio: questo si gonfia, la pelle è calda e talvolta coperta di un eritema papuloso; dopo 48 ore o qualche giorno la flussione si manifesta ad un'altra articolazione. I caratteri più spiccati delle artriti meningococciche sono: 1° la loro mobilità uguale a quella delle artriti reumatiche; 2° il debole grado d'impotenza funzionale; 3° la loro relativa indolenza. L'artrite meningococcica è spesso accompagnata da eritema e porpora. Qualche volta si ha il decorso analogo silenzioso e torpido di un'artrite tubercolare, si ha, cioè, una piartrosi subacuta meningococcica.

Le diverse forme sopra accennate s'associano spesso tra loro e talvolta assumono l'aspetto di una piemia (piemia meningococcica). Sono allora frequenti le *forme metastatiche*. Al riguardo le principali localizzazioni della infezione sono: la *broncopolmonite meningococcica* che simula perfettamente una polmonite crupale; le *pleuriti;* le *artriti;* le *orchi-epididimiti;* le *iridocoroiditi suppurate;* le *suppurazioni renali;* molto raramente le *endocarditi.*

Le *forme fruste* consistono in stati infettivi leggeri consistenti in imbarazzi gastrici, artralgie, eritemi, stati influenzali.

La conseguenza pratica della esatta conoscenza delle meningoccemie sta nel fatto che a lato dei portatori sani dei germi esiste una serie numerosa di individui affetti da infezione meningococcica ignorata, i quali disseminano i germi patogeni. Epperò la diagnosi precisa della meningoccemia, oltre che una importanza clinica e quindi terapeutica, ha un grande valore profilattico.

Il trattamento razionale della meningococ-

cemia è l'iniezione endovenosa di siero specifico, ma purtroppo queste iniezioni dànno con molta frequenza disturbi gravi ed anche mortali. Conviene quindi dare sempre la preferenza alla iniezione endorachidea, anche quando manchino fenomeni meningei. Se il germe meningococcico del paziente non è noto, bisogna ricorrere al siero polivalente.

DR.

FARMACOLOGIA.

Studio farmacodinamico sulla pellettierina.

Loup (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n. 5, 1917) spiega come sia molto discussa l'azione della pellettierina. Alcuni considerano l'alcaloide della corteccia di melograno come un veleno, che esercita sulle fibre muscolari un'azione analoga a quella che produce la veratrina. Gli autori francesi per esempio ammettono che la pellettierina agisce sulla estremità dei nervi motori paralizzandoli: avvicinano così la pellettierina al curaro, mentre altri riguardano la pellettierina come un veleno, l'azione del quale si esercita da un lato sulle terminazioni del nervo motore, e dall'altro sulla fibra muscolare. L'alcaloide del melograno sarebbe insomma un tossico paralizzante l'apparecchio periferico della locomozione, riunendo le proprietà che ciascuno accorda alla veratrina e al curaro.

Queste divergenze sono sorprendenti, perchè non sembra difficile riconoscere se un animale sia stato avvelenato col curaro, o con la veratrina: il curaro produce difatti una paralisi flaccida totale, mentre la veratrina modifica la contrazione muscolare senza abolirla, allungando la fase di decontrazione del muscolo.

Si sa che Tanret trovò nella corteccia di melograno quattro alcaloidi, la cui esatta composizione chimica non è ancora conosciuta e che chiamò: pellettierina, isopellettierina, metilpellettierina e pseudopellettierina.

Nelle sue ricerche l'autore come sostanza impiegò il solfato di pellettierina e come animali di esperimento la rana, la cavia ed il coniglio.

La pellettierina iniettata alla dose media di 5 centig. produce nella rana una paralisi motrice gradualmente crescente, che è dovuta ad un'azione analoga a quella del curaro, alla paralisi delle placche motrici. Essa provoca inoltre una esagerazione dei riflessi, che può arrivare fino alle convulsioni, esagerazione che si osserva nettamente nel periodo di disintossicazione, allorchè la paralisi non la maschera più. Lo studio miografico della contrazione muscolare mostra che la pellettierina non provoca mai fenomeni analoghi a quelli prodotti dalla veratrina. La sensibilità sembra rispettata. Gli altri alcaloidi del melograno dànno un quadro generale di intossicazione somigliante a questo. Tuttavia la metil e l'isopellettierina producono una esagerazione dei riflessi più spiccata della pellettierina propriamente detta: nel periodo di disintossicazione si osservano regolarmente con la metilpellettierina vere convulsioni stricniformi. Durante questo stesso periodo, questo alcaloide provoca inoltre frequentemente la comparsa di una rigidità muscolare molto manifesta, che sopprime la sezione dei nervi e che, come dimostrano i tracciati miografici, non è dovuta ad un'azione tossica esercitata sul muscolo.

Quando in una rana intossicata dalla pellettierina si esamina l'eccitabilità elettrica dei nervi, nel momento stesso in cui i movimenti spontanei cessano definitivamente, si vede che le contrazioni muscolari provocate dall'elettrizzazione dei tronchi nervosi sono ancora quasi normali. Non è che più tardi che i nervi diventano ineccitabili, ciò che sembra dimostrare che la corrente elettrica supera ostacoli, che l'influsso nervoso non può sormontare.

Nell'animale a sangue caldo la pellettierina produce una eccitazione del sistema nervoso, che si traduce con esagerazione dei riflessi e convulsioni, eccitazione ben presto mascherata dalla evoluzione simultanea di una paralisi muscolare gradualmente crescente. La morte è dovuta all'arresto della respirazione provocata dalla paralisi dei frenici. Questa paralisi è dovuta, e nell'animale a sangue caldo come nella rana, ad una curarizzazione; essa colpisce in primo luogo le placche motrici del frenico e ben presto quelle dei nervi periferici. Fino al momento della morte la cavia reagisce alle punture, per quanto glielo permette lo stato della sua motilità: sembra dunque che la pellettierina rispetti la sensibilità.

Durante tutto il corso della intossicazione l'animale urina frequentemente e abbondantemente, come se l'alcaloide della corteccia di melograno possedesse un'azione diuretica.

Dopo l'iniezione di una dose attiva, ma non mortale, si vedono gli stessi fenomeni di eccitazione e di paralisi, accompagnati con rallentamento della respirazione. Ma dopo un certo tempo, durante il quale l'animale giace coricato su di un lato, cianotico, agitato da piccole scosse convulsive, si vede regolarsi la respirazione, riapparire i movimenti nel treno posteriore, poi in quello anteriore. L'esagerazione dei riflessi e l'iperacusia persistono un certo tempo ancora.

Anche negli animali a sangue caldo i nervi sono eccitabili elettricamente al momento dell'arresto respiratorio, per cui la corrente elettrica è capace di percorrere un nervo, che non è più adatto a condurre l'influsso nervoso. La pressione sanguigna, dopo un abbassamento leggero, che segue le prime iniezioni di pellettierina, sale durante le convulsioni e non cade che al momento dell'arresto respiratorio. Dopo aver istituita la respirazione artificiale la pressione si mantiene ad un livello vicino alla norma, fino a poco tempo prima della morte del cuore. Questo è in maniera generale rallentato; questo rallentamento è indipendente dall'azione del pneumogastrico.

La respirazione si rallenta dal principio dell'intossicazione, fino al momento della morte.

L'azione antielmintica della pellettierina essendo generalmente spiegata con la paralisi, che provoca questo alcaloide, è probabile che le sostanze, con le quali ha compiuto esperimenti l'autore, esercitino un'azione tenifuga energica.

Come dose tossica il solfato di pellettierina uccide 1 kg. di cavia nella quantità di gr. 0.11. La metilpellettierina è il più tossico degli alcaloidi della corteccia di melograno; mentre la pseudopellettierina sembra ben poco attiva, almeno negli animali.

P. C.

CHIRURGIA.

Sulle emorragie secondarie a ferite da arma da fuoco; trattamento e profilassi.

(A. BIER. *Medizinische Klinik*).

La ragione ordinaria delle emorragie secondarie è la seguente: un proiettile ha leso un vaso di una certa importanza. Avviene una emorragia, ma questa si arresta spontaneamente perchè il foro del vaso, sotto la pressione delle parti molli, viene chiuso da un coagulo; altre volte il vaso ferito resta compresso da una scheggia ossea o metallica.

Spesso i due monconi nei quali un'arteria è stata divisa si trombizzano ambedue.

Però questa chiusura è poco stabile. Ordinariamente l'emorragia secondaria avviene perchè la suppurazione fluidifica i coaguli o perchè le scheggie ossee o metalliche vengono spostate.

A queste forme si contrappongono quelle più rare emorragie secondarie nelle quali la parete vasale viene arrosa dalla suppurazione, senza che intervenga alcun fattore traumatico locale. Talora i vasi si ulcerano per decubiti provocati da drenaggi o da pinze emostatiche lasciate a permanenza.

È bene che i pazienti che corrono rischio di emorragie secondarie vengano specialmente sorvegliati e che si abbiano vicino ai loro letti i mezzi per i soccorsi d'urgenza. Il laccio elastico è quasi sempre sufficiente; però esso è inadatto per comprimere alcuni vasi e occorre allora far assegnamento sulla compressione digitale eseguita da persone esperte. Talora non si riesce a ottener l'emostasi se non comprimendo la zona emorragica nell'interno stesso della ferita. Un artificio, che ha talora permesso di ottenere l'emostasi provvisoria e di procedere poi con calma all'emostasi definitiva, è il seguente: tamponare strettamente la ferita e fissare i tamponi con alcuni punti cutanei.

Ogni più piccola emorragia va attentamente esaminata sotto narcosi e bisogna non arrestare l'indagine, anche se l'emostasi è avvenuta spontaneamente.

Negli arti riesce utile l'ischemia ottenuta con lacci elastici; in altre parti del corpo è consigliabile di scoprire preventivamente il vaso afferente e di passarvi intorno un laccio per far l'emostasi temporanea.

Poi la ferita viene ampliata per poterla esaminare direttamente tutta; i coaguli vengono allontanati e si ricerca il vaso leso. Questo talvolta contiene ancora un coagulo parzialmente distaccato. Si pongono due legature: una sopra, una sotto il foro del vaso e, se sembra opportuno, tra le due legature, il vaso viene sezionato.

Se il vaso era stato diviso completamente occorre ricercare ambedue i capi e legarli separatamente, poichè anche dal capo periferico possono venire emorragie.

L'A. sconsiglia di legare i vasi nel punto di elezione, invece che nel sito della lesione. La legatura al punto di elezione è spesso di poca efficacia emostatica e non è consigliabile che come mezzo ausiliario praticabile nei casi nei quali non si può applicare un laccio elastico.

Nelle ferite settiche esiste il pericolo che la caduta del laccio sia accompagnata da una nuova emorragia. Questa eventualità si è verificata eccezionalmente se la ferita era stata lasciata aperta.

In seguito a legatura di alcuni vasi (a. poplitea, a. carotide comune e interna) sono da temere fatti di necrosi nel territorio irrorato dal vaso legato; sarebbe perciò consigliabile di fare suture vascolari invece delle legature. Ma disgraziatamente, se le ferite sono settiche, alla sutura segue la trombosi o la dissoluzione della sutura con conseguente emorragia.

Gravi emorragie si sono vedute anche in se-

guito a lesioni di piccole arterie come le tibiali anteriore e posteriore, la femorale profonda, la radiale, l'ulnare, la glutea, ecc. Si è inoltre osservato che i soldati che hanno sofferto gravi strapazzi fisici, o che sono restati esposti al freddo e all'umidità o che hanno avuto lunghe suppurazioni o diarree o altre malattie sono straordinariamente poco resistenti alle emorragie, così che soccombono talora alla perdita di piccole quantità di sangue. Ciò richiede di esaminare con grande cura le ferite che attraversano regioni vascolari.

La ferita di un'arteria si riconosce da più segni. L'abolizione delle pulsazioni nel territorio periferico ha molto valore; però la persistenza del polso non indica con certezza che il vaso sia sano.

Segni di probabilità sono la forte emorragia che ha seguito alla ferita e la formazione di un ematoma anche se non è pulsante. Inoltre la presenza di contratture muscolari; si è veduto spesso, per es., seguire a ferite delle arterie dell'antibraccio una impossibilità a estendere le dita, dovuta a un ematoma sottomuscolare.

Alla ricerca dei vasi feriti si procede con lo stesso metodo indicato parlando della cura delle emorragie secondarie. Subito dopo il trauma i monconi vasali si trovano spesso chiusi da trombi; però occorre ricercarli e legarli affinchè col successivo rammollimento dei trombi, favorito dalla suppurazione, non abbiano ad avvenire emorragie secondarie.

EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 maggio 1918.

Presidenza del prof. R. CAMPANA.

L'atropina come mezzo diagnostico della tachicardia parossistica essenziale.

Prof. GIOVANNI GALLI. — In base alla propria esperienza militare, consiglia, per mettere in evidenza l'eventuale disposizione alla tachicardia parossistica, l'uso dell'atropina per via sottocutanea. Nei soggetti sani l'atropina con la sua azione paralizzante sul vago provoca un semplice aumento della frequenza del polso.

Invece, secondo l'esperienza dell'O., quando vi è una reale disposizione alla tachicardia parossistica, l'atropina determina un accesso tipico di tachicardia con parossismo che s'inizia istantaneamente e che finisce pure in maniera istantanea. Appare quindi all'O. doveroso ed umano, prima di emettere il giudizio di simulazione in un individuo che narra di soffrire di accessi tachicardici parossistici, di usare il metodo provocatorio da lui consigliato.

Le reazioni immunitarie nell'alimentazione maidica dei conigli.

Dott. GHIRON. — Prescindendo dalla complessa questione dell'eziologia della pellagra espone alcuni fatti messi in evidenza nei rapporti fra l'alimentazione maidica e le reazioni dell'organismo.

Posti ad alimentazione di farina integrale di mais sei conigli intercalando l'esclusiva alimentazione maidica ogni 15 giorni con due giorni di dieta con foglie di cavolo, ha riscontrato che i conigli diminuiscono di peso notevolmente e lentamente si cachetizzano.

D'altro lato preparò la proteina pura del mais estraendola con alcool e separandola dai grassi con etere.

Ogni 15 giorni estraeva dai conigli un campione di sangue per saggiare la proprietà del siero da due punti di vista:

1º reazioni di una soluzione acquosa alcalina di zeina rispetto al siero;

2º reazioni della zeina in polvere posta a contatto col siero in una membrana di dialisi.

Saggiando il siero di coniglio vide che dopo quattro mesi di alimentazione maidica il siero di sangue dava luogo a precipitati nelle soluzioni acquose alcaline di zeina e dava luogo a formazione di zeosi se posto a contatto con zeina.

Dissanguato completamente l'animale ne prese il siero e preparò gli organi accuratamente privati di sangue e pressati, posti per 6 ore in agitatore con acqua distillata e toluolo.

Riguardo alla formazione di mais-precipitine, osservò che una goccia di siero posta a contatto con un centimetro cubo di soluzione alcalina di zeina dava luogo ad evidente precipitato fioccoso.

Rispetto al secondo ordine di ricerche osservò che il siero di coniglio alimentato col mais, a differenza del siero normale, è capace di idralizzare la zeina, e che estratti di fegato e di reni, benchè con reazione appena accennata, posseggono la stessa proprietà, che manca agli organi normali.

Il coniglio deperisce fino a divenire cachetico con l'alimentazione maidica, ma présenta una reazione difensiva per quanto questa sia in perdita.

Il suo organismo è capace di produrre sostanze che aggrediscono la proteina del mais, sia questa penetrata in circolo integra o parzialmente modificata in modo da costituire sempre un'albumina estranea.

Un parallelo fra i risultati ottenuti e quelli che si potranno avere alimentando con le varie proteine le varie specie animali, avranno un'importanza ben diversa da questa ricerca isolata, siano essi negativi o positivi.

Prof. Gosio. — Manifesta la sua sorpresa nell'apprendere che mais-precipitine si sono ottenute dal Ghiron a tubo digerente integro ed usando mais sano nell'alimentazione degli animali di prova, mentre egli col Paladino le otteneva soltanto con mais guasto ovvero ledendo l'intestino col fluoruro sodico o col crotontiglio.

L'O. sospetta pertanto che il mais usato dal Ghiron non fosse sano oppure che gli animali fossero particolarmente recettivi o per la tenera età o per altra causa. In ogni modo vede in queste un'importante conferma alle sue ricerche ed un ampliamento sperimentale della questione.

La cura medica dell'ascesso epatico dissenterico.

Prof. Tommaso Pontano. — Dopo aver parlato diffusamente dell'ascesso epatico dissenterico e dei vari metodi di cura chirurgica, riferisce su due casi da lui curati in Macedonia, e di uno curato nella Clinica medica di Roma, diretta dal prof. Ascoli, e che presenta all'Accademia, nei quali si è avuta guarigione mediante la somministrazione di forti dosi di emetina.

L'O. non si crede autorizzato ad affermare, con un'esperienza limitata a soli tre casi, che l'ascesso sempre guarisca così semplicemente, ma è certo che in ogni caso, prima di ogni intervento chirurgico, si deve sperimentare ed a lungo la cura specifica, chè anzi il miglioramento generale del malato e la scomparsa della dissenteria amebica che eventualmente persistesse non farebbero che migliorare le condizioni di favore per un buon esito dell'intervento ed una rapida guarigione.

Criterio importante per insistere nella sola cura medica, secondo l'O., è la qualità del prodotto morboso che si può ricavare con la puntura esplorativa: un contenuto purulento giustifica un intervento dopo una energica cura di emetina; un contenuto a tipo necrotico, esponente di una infezione amebica, come nell'infermo presentato e guarito, consiglia di insistere nella sola cura medica.

Per quanto si riferisce alle possibili recidive della dissenteria amebica, dopo cure massive intermittenti di emetina, l'O. consiglia di tenere il dissenterico in osservazione, e coadiuvare la cura specifica dell'emetina, per via sottocutanea, con drastici e clisteri, onde vuotare l'intestino e lavarlo con liquidi tossici per le amebe.

Dopo due o tre mesi di cura intermittente, se nessuna recidiva è sopravvenuta, se l'esame delle fecce è ripetutamente negativo, l'ammalato si può considerare guarito.

In merito poi all'ascesso epatico, esso, secondo l'O., può recidivare se vuotato con l'incisione ma non curato con l'emetina; la recidiva non avviene mai se l'ammalato è curato con l'emetina.

Egli quindi viene alla conclusione che prima dell'intervento chirurgico è doveroso tentare negli ascessi epatici dissenterici una massiva cura di emetina che per sè può avere ragione della grave complicanza, anche quando i comuni bacteri inquinino il contenuto della cavità ascessuale.

Il prof. Ascoli fa notare che dai risultati avuti dal Pontano l'emetina può ritenersi come la vera sostanza profilattica dell'ascesso epatico.

Il prof. Campana, pur rilevando l'importanza degli effetti dell'emetina, fa delle riserve circa la effettiva guarigione dell'organo malato.

Il prof. Gosio esprime l'opinione che se nell'ormai numerosa casistica di amebiasi dissenteriche avute in Italia sono stati rarissimi i casi di ascesso epatico, fino al punto che taluni dubitarono trattarsi di dissenteria amebica, ciò sia con ogni probabilità da attribuirsi all'uso largo e precoce dell'emetina per la cura di questa malattia protozoaria.

Il prof. Giovanni Galli dice che egli dava sistematicamente nei casi di ascessi epatici dissenterici l'ipecacuana.

Il prof. Arcangeli ricorda che qualche altro ha anche usato l'emetina nella cura di tali ascessi, che in ogni modo i casi descritti dal Pontano non sono privi d'interesse e che egli da molti anni ha insistito per avere nelle farmacie ospedaliere l'emetina.

E. Grossi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'alcool solidificato ed il suo uso in chirurgia di guerra.

L'alcool così detto «solidificato» non è, come si potrebbe credere, dell'alcool divenuto solido per congelamento o per qualche altro processo. Esso è un sapone speciale a base di alcool, che liquefa alla temperatura di 50°, mentre a quella ordinaria è solido con consistenza pastosa.

L'alcool solidificato è d'inverno molto adoperato in trincea, perchè a contatto di una fiamma qualsiasi esso brucia con fiamma molto calda benchè poco luminosa.

Ma questa sostanza apprezzatissima dai soldati per le sue proprietà calorigene non è stata convenientemente adoperata in chirurgia.

L'alcool solidificato può essere utile al chirurgo innanzi tutto per ottenere in ogni posto dell'acqua bollita o semplicemente calda e per la pulizia delle mani, degli strumenti e del campo operatorio: esso infatti riunisce le proprietà dell'alcool e del sapone. Discioglie quindi rapidamente i grassi: basta prendere un pezzo di tale alcool grosso come una noce e aggiungervi dell'acqua per avere una sostanza che pulisce la cute rapidamente, semplicemente e perfettamente.

Per pulire gli strumenti dopo un'operazione basta metterli nel fondo di un piatto ed aggiungervi dell'alcool solidificato e dell'acqua. Quindi si strofinano un po' con un panno imbevuto di questa soluzione alcoolico-saponosa. Poi si asciugano e si sterilizzano.

Per il campo operatorio, infine, l'alcool solidificato è superiore a tutti gli altri procedimenti. Con una semplice frizione pulisce e disinfetta la cute la più sporca. Ha per altro il vantaggio di non essere irritante e di non essere caustico come la tintura di iodio.

Tutto sommato, l'alcool solidificato merita di essere utilizzato in tutte le unità chirurgiche dell'esercito:

1° perchè permette di ottenere rapidamente il calore necessario alla sterilizzazione dell'acqua e degli strumenti;

2° perchè permette al chirurgo di pulirsi e disinfettarsi rapidamente le mani;

3° perchè essendo insieme un sapone ed un prodotto ricco di alcool, pulisce perfettamente gli strumenti;

4° perchè costituisce uno dei migliori procedimenti di pulizia e disinfezione della cute prima degli atti operatorî.

Per ottenere un eccellente alcool solidificato, Nogier (*La Presse Médicale*) suggerisce il metodo che passiamo a descrivere: Si prendono 500 cmc. di alcool da ardere e si versano in un pallone di vetro da un litro, si aggiungono quindi 150 grammi di sapone di Marsiglia molto secco e spezzettato minutamente, ed infine 12 gr. di gomma-lacca. Si mette il pallone a bagnomaria, avendo cura di agitare continuamente con movimenti rotatorî fino a quando il sapone e la lacca si siano sciolti completamente dando un liquido di colore bruno carico. Si versa questo liquido in scatole di ferro bianco e si ha col raffreddamento spontaneo una sostanza di consistenza butirrosa, che è l'alcool solidificato.

Se si vuole aromatizzare il prodotto si aggiungono, prima di versare il liquido nelle scatole in ferro, quattro o cinque gocce di essenza di lavanda, di cannella o di geranio.

a. a.

CASISTICA.

Le enteriti da Lamblia.

La *Lamblia intestinalis* è un flagellato, protozoo unicellulare, piriforme, che presenta nella sua faccia ventrale una depressione reniforme, intorno alla quale si possono contare sei flagelli diretti in dietro. Altri due flagelli sono sull'estremità anteriore del corpo del protozoo, che ha 10 a 20 μ in lunghezza, 6 a 10 in larghezza; non appena le feci sono emesse presenta una vivace mobilità, che perde lentamente in camera riscaldata, rapidamente se esposta al freddo. Le cisti di lamblia sono di forma rotonda con doppio contorno, a due nuclei, evidenti a fresco.

Goiffon e Roux (*Arch. des maladies de l'app. digestif*, 1918, n. 11) attribuiscono alla lamblia il valore di causa patogena di sindromi morbose a carico dell'intestino. Essi descrivono una forma dissenterica, una enterocolite cronica come i tipi fondamentali delle lambliasi, e aggiungono una terza forma, la forma latente.

La dissenterica non si distingue dalle altre dissenterie note e specialmente dalle amebiche; le enterocoliti croniche in generale sono caratterizzate da diarree più o meno abbondanti e dai disturbi comuni alle infezioni croniche dell'intestino, come l'amebiasi, l'anchilostomiasi. Le feci dei malati per lo più, secondo gli AA., hanno un aspetto pastoso, quasi fluido, che si spande sul fondo del vaso, d'odore putrido, di colore giallo bruno. Gli amidi e le albumine

animali sono mal digerite, i grassi ben digeriti. Reazione alcalina, muco in grande quantità; acidi grassi volatili abbondanti.

Le feci talora presentano il tipo di feci acide: pastose, più o meno fluide, di colorito giallo, contenenti grande quantità di amido, di cellulosa, bacterî jodofili, lunghi bacilli tipo Boas-Oppler. Lamblie possono trovarsi in individui che mai hanno presentato disturbi intestinali o che sono colpiti da leggeri disturbi per piccole cause.

Per il contagio con le lamblie gli AA. ritengono che siano necessarie condizioni particolari, come alterazioni della secrezione gastrica, irritazioni od infiammazioni del grosso intestino precedenti.

Delle terapie tentate per liberare i malati dal parassita, nessuna ha dato risultati netti e definitivi: il timolo, la santonina, il felce maschio, l'emetina inutili; il salicilato di bismuto a grandi dosi è benefico, ma non costantemente, e talora è mal sopportato; azione egualmente incostante ha manifestato il bleu di metilene; superiori agli altri rimedi l'arsenobenzolo e il galyl per via endovenosa.

[Sebbene non possa negarsi un qualche valore patogeno alla presenza di lamblie nell'intestino, specialmente nelle epidemie di dissenteria dei climi subtropicali, nelle quali si trova nel 100 % dei casi, ci sembra ancora prematuro o almeno non sufficientemente dimostrato affermare che delle sindromi morbose intestinali abbiano la loro unica ragione nel protozoo flagellato: io ricordo nei numerosissimi esami di feci a fresco praticate nei soldati del nostro corpo di spedizione d'Oriente (circa 4000) d'avere trovato in altissime percentuali sia tra gli amebici che tra i bacillari le lamblie e i cercomonas: curata la malattia prima, il più delle volte le lamblie scomparivano, talora persistevano ma in scarso numero quando l'alvo era divenuto normale; quasi che esse trovassero un ottimo terreno nelle morbose condizioni del grosso intestino, provocate da cause specifiche, ben dimostrabili e note, e che l'organismo se ne sbarazzasse facilmente non appena poteva vincere e definitivamente la causa prima della malattia]. *t. p.*

TERAPIA.

L'adrenalina come mezzo per prevenire e combattere le intossicazioni da arsenobenzolo.

Milian ha già dimostrato che l'adrenalina è il medicamento preventivo e curativo degli accidenti determinati dagli arsenobenzoli. Lo stesso autore, ora, nel n. 5 del *Paris Médical* di quest'anno, ritorna sull'argomento per precisare il modo di somministrazione dell'adrenalina, perchè essa riesca veramente efficace.

Per ottenere dall'adrenalina gli effetti voluti e nessun danno, occorre tener conto di tre fattori: la qualità del prodotto, la dose, il modo di somministrazione.

Per verificare la bontà di una soluzione di adrenalina basta aggiungere a 2-3 cmc. di essa una goccia di percloruro di ferro: quando si tratta di una adrenalina vera, la goccia percorrendo la soluzione produce una bella colorazione verde che si diffonde poi a tutto il liquido e che passa al rosso col riscaldamento. Oppure si aggiungono alla soluzione di adrenalina poche gocce di sublimato all'1 % e si agita; dopo tre minuti si ha una colorazione rossastra che persiste per qualche ora.

In quanto al modo di somministrazione bisogna notare che ciascuna via di introduzione ha i suoi vantaggi ed i suoi svantaggi: la bocca, la comodità per l'infermo, ma l'azione incerta; la via endovenosa, la rapidità e l'efficacia, ma l'azione brusca e passeggera; la via sottocutanea, la continuità d'azione, ma la lentezza degli effetti ed un vivo dolore locale; l'iniezione muscolare, l'azione rapida ma passeggera. Perciò Milian consiglia di adoperare più vie di introduzione in questo modo: un milligramma di adrenalina *per os*, un milligramma per la via sottocutanea, e mezzo milligramma per la via intramuscolare.

A scopo preventivo l'adrenalina si somministra per impedire le reazioni della iniezione endovenosa nelle ore seguenti (febbre, cefalea, vomito, diarrea, ecc.) o di impedire le crisi nitritoidi (congestione facciale, vomito, angoscia, ecc.) contemporanee alla iniezione. Per prevenire le prime è sufficiente somministrare l'adrenalina *per os*: due milligrammi in un po' d'acqua un'ora prima dell'iniezione, altri due milligrammi cinque minuti prima e due milligrami ancora un'ora dopo la iniezione. Negli individui intolleranti sarà bene prescrivere di prendere ancora un milligramma di adrenalina mattina e sera per quattro giorni consecutivi. Per prevenire le crisi nitritoidi è necessario aggiungere una iniezione sottocutanea alla somministrazione *per os*.

Prima dell'iniezione dell'arsenobenzolo si può essere sicuri che la dose di adrenalina somministrata è sufficiente quando si verifichino i seguenti sintomi: pallore della faccia (leucoreazione), aumento della pressione arteriosa, tachicardia, tremori generalizzati simili a brividi.

A scopo curativo l'adrenalina si deve usare

quasi solamente per combattere l'apoplessia sierosa (coma). Anche in questo caso non si può fissare in anticipo quale sia la dose sufficiente. Si comincia con l'iniettare un milligramma e mezzo per via intramuscolare e poi si continua a somministrare l'adrenalina *per os*, salvo a ripetere la iniezione in caso di insuccesso.

a. a.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Riflessi pneo-pneici e pneo-cardiaci.

(H. ROGER. *La Presse Médicale*, 1917, n. 8).

Proiettando dei vapori irritanti su di un punto qualsiasi della mucosa delle vie aeree, dalle fosse nasali alle ramificazioni bronchiali, si hanno numerosi riflessi; gli uni caratterizzati da una modificazione del ritmo respiratorio (*pneo-pneici*), gli altri che si ripercuotono sull'apparato circolatorio (*pneo-cardiaci*).

L'animale che meglio si presta è il coniglio; l'animale viene fissato sul dorso; denudata la carotide, in rapporto con un manometro registratore; il respiro è raccolto col pneumografo. Immettendo nel naso dell'aria carica di ammoniaca, di cloroformio, di etere, si hanno quasi subito i due riflessi: si ha da prima l'arresto del respiro in espirazione e quasi nel contempo la caduta della pressione sanguigna. Dopo varî secondi i movimenti respiratorî riprendono, da prima lenti e isolati (44 invece di 64), poi il ritmo ritorna normale, come pure, dopo un'elevazione transitoria, la pressione sanguigna.

Queste modificazioni del respiro sono state descritte per la prima volta da Holmgren, che sperimentava col cloroformio, poi da Lander-Brunton che usò il nitrito d'amile, e da Filhene che ricorse a una corrente di gas carbonico. Kratschmer ne fece una analisi accurata (donde il nome di *riflesso di Holmgren-Kratschmer*) e vide che l'arresto respiratorio si ha anche se l'animale respira con una cannula tracheale. Esso avviene per l'eccitamento della mucosa nasale, stimolo che non agisce sul nervo olfattorio, ma su quello della sensibilità generale, il trigemino: la sezione del primo non modifica il riflesso, il taglio del secondo lo sopprime.

Mentre i riflessi pneo-pneici sono ben conosciuti, più arduo è lo studio di quelli relativi al cuore. Tutti gli sperimentatori si sono preoccupati delle applicazioni pratiche, per la narcosi cloroformica, e hanno concluso che lo stimolo della mucosa respiratoria, specie nei tratti innervati dal V p. o dal laringeo superiore, obbedisce alla *legge di Cl. Bernard*: come tutte le impressioni sensitive, rallenta i movimenti del cuore e talora ne induce un arresto transitorio.

Ma il problema è molto più complesso: quando eccitiamo la mucosa delle vie aeree, si provocano delle turbe vasomotorie nel punto irritato, dei riflessi respiratorî e cardiaci, si determinano dei disturbi del circolo periferico e viscerale, che si ripercuotono sui centri nervosi e sul cuore. Quando le eccitazioni sono prolungate o ripetute, i gas irritanti passano nel sangue e impressionano il cuore, i vasi e i centri nervosi; infine, arrestandosi la respirazione alle prime inalazioni, l'apnea ha pure un'eco sull'apparato circolatorio.

De Cyon fa pure intervenire un meccanismo più complesso: nel coniglio gli eccitamenti della pituitaria agirebbero sul X per il tramite della ipofisi; dopo distruzione di questa, anche se i vaghi sono intatti, gli stimoli nasali non produrrebbero alcun effetto sul cuore.

Per avere la certezza che i diversi riflessi descritti sono dovuti allo stimolo della mucosa nasale e non alla penetrazione di gas nelle ramificazioni bronchiali, si può praticare la esperienza nel coniglio con la trachea esclusa, mediante una cannula di vetro. Proiettando aria mista ad etere nel naso, si ha arresto respiratorio seguito dopo 3/4 di secondo da depressione sanguigna: i due ordini di fatti hanno andamento parallelo e scompaiono simultaneamente.

Dato che i disturbi cardio-vascolari iniziano dopo l'arresto respiratorio, ci si può domandare se sono dovuti al riflesso nasale o se dipendano dall'apnea. Per risolvere il quesito si può praticare, a traverso la cannula tracheale, la respirazione artificiale: così il riflesso pneo-pneico è soppresso, mentre quello pneo-cardiaco persiste. Il secondo, sebbene si produca allo stesso tempo del primo, ne è indipendente ed autonomo.

Effetti un po' diversi si ottengono eccitando direttamente i bronchi: v'è arresto del respiro, ma esso avviene in inspirazione dopo una brusca fase inspiratoria. Le modificazioni cardiache ricordano quelle già notate, ma sono meno durevoli. V'è depressione diastolica seguita da battiti lenti e forti, che fanno risalire la pressione al di sopra della cifra iniziale; ma il compenso è più rapido e il disturbo è meno prolungato.

La forte depressione diastolica osservata sta a indicare che i riflessi pneo-cardiaci hanno per via centrifuga i vaghi: è quindi utile fare

le esperienze su animali che abbiano subito la duplice vagotomia o una iniezione di solfato neutro di atropina.

Dai risultati di tali esperimenti si conclude che le manifestazioni cardiache sono dovute all'azione simultanea di due poteri antagonisti, l'uno tendente ad abbassare la pressione, l'altro ad elevarla. Il primo è dato dai vaghi. Dopo la doppia vagotomia il riflesso pneocardiaco si semplifica: la fase depressiva è soppressa; l'eccitamento della mucosa nasale o di quella bronchiale apporta un immediato sollevarsi della pressione.

G. BILANCIONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(965) *Colorazione del bacillo tubercolare. Emocolorazioni.* — Al dott. Guido Cotti, abb. n. 9025, Grana Monferrato:

Non ci risulta che siano stati indicati, in questi ultimi tempi, metodi di colorazione specifici per il B. tubercolare che meritino di sostituire i vecchi ottimi procedimenti di Ziehl-Neelsen, di Gabbet e di Koch-Ehrlich, salvo alcune colorazioni che servono a differenziare il bac. di Koch da altri acido-resistenti, ma che non vale la pena di applicare negli esami degli escreati, e salvo il secondo metodo di Much, che potrebbe anche essere applicato nella ricerca dei granuli gramresistenti negli sputi riusciti negativi.

Il metodo all'acido picrico, secondo G. Grosso, che l'ha descritto in «Pathologica» (1914), è il seguente: si tratta una soluzione di turchino di metilene all'1 % con soluzione satura di acido picrico; si forma un precipitato che si raccoglie su un filtro, si lava, si essicca e si ridiscioglie in alcool metilico.

I preparati di escreato si colorano dapprima con il liquido di Ziehl, si lavano in acqua, si differenziano per 30″ con la soluzione picrica.

I bac. tubercolari rimangono rossi, mentre gli altri germi e gli elementi istologici si colorano in turchino.

Il miglior metodo per emocolorazioni è il panottico di Pappenheim, combinazione del metodo di May-Grünwald con quello di Giemsa.

Data la impossibilità di procurarsi attualmente le sostanze coloranti necessarie per tale procedimento, Tribondeau è riuscito a ottenere colori similari a quelli di produzione tedesca partendo dal turchino di metilene medicinale. Egli dà un nuovo metodo di colorazione panottica al bieosinato all'azéo che dà gli stessi risultati del Pappenheim.

La tecnica di colorazione è la seguente: distensione del sangue in strato sottile, essiccamento per agitazione nell'aria; non fissare.

Ricoprire il preparato con dieci goccie di bieosinato e, dopo 3′, lavare con acqua distillata. Immergere gli strisciamenti ancora umidi in un bagno di azéo diluito 1:50 in acqua distillata. Dopo 12′ lavare in acqua distillata e asciugare rapidamente.

Preparazione del bieosinato. — Mescolare tre parti di eosinato di turchino di metilene con cinque parti di eosinato di turchino di Borrel.

Per preparare l'eosinato di turchino di metilene si fa una soluzione all'1 % in alcool glicerinato (alcool 90, glicerina 10) di eosina e una simile soluzione di turchino di metilene medicinale. Si versa poco a poco la seconda soluzione nella prima agitando e osservando il cambiamento di colore sino ad ottenere una mescolanza neutra. Si adopera solo dopo qualche giorno di maturazione.

Per preparare un buon turchino di Borrel si procede in questo modo: 1 gr. di nitrato di argento si scioglie a freddo in 100 di acqua distillata; vi si aggiungono 50 cmc. di una soluzione al 10 % di ossido di potassio; si forma un precipitato di ossido di argento che si lava ripetutamente. 100 gr. di una soluzione di turchino di metilene medicinale all'1 % in acqua distillata, si versano sopra il precipitato di ossido di argento; si mescola, si riscalda a b. m. sino a ottenere una colorazione turchino-violetta; filtrare per eliminare il sale di argento.

Preparazione dell'azéo. — Si prepara, con le norme già riferite, ma usando alcool glicerinato 1:4 (ossia alcool 75, glicerina 25), un eosinato di azzurro alla ammoniaca. Dopo qualche giorno di maturazione si aggiunge a 8 parti di questa soluzione 2 parti di soluzione di azzurro in alcool glicerinato.

L'azzurro di metilene si ottiene dal turchino di metilene commerciale facendone una soluzione all'1 % in acqua distillata, aggiungendovi dal 5 al 10 % di ammoniaca, riscaldando a b. m. sino a ebollizione. Si forma allora un abbondante precipitato; si filtra. Si raccoglie, dopo 24 ore, il precipitato rimasto sul filtro e sulle pareti del recipiente riprendendolo in acqua distillata; si filtra, si mette il filtrato in una bacinella e si lascia evaporare nella stufa a 37°-40°. Il residuo dell'essiccamento è costituito da azzurro di metilene puro.

G. SAMPIETRO.

(966) *Sulla cura della blenorragia.* — All'abbonato n. 2476:

Nelle forme acute, con o senza complicazioni, si possono tentare i vaccini antigonococcici. Nelle forme croniche le varie indicazioni terapeutiche sono date dalla sede, estensione e profondità delle lesioni e non è assolutamente possibile nè anche riassumere i metodi più in uso per tutte le varie forme che si presentano all'osservazione clinica. V. MONTESANO.

(967) Al dott. V. d. G.:

Sulle piante medicinali esiste una biblioteca enorme in italiano e francese; basterà ricordare le seguenti opere generali:

ALESSANDRI: *Droghe e piante medicinali.* Milano, Hoepli, 1915.

BEILLE: *Précis de botanique pharmaceutique.* Paris, 2 vol., 1904-1909.

GÉRARD: *Précis de pharmacie galénique.* Paris, 1910.

GUIBOURT et PLANCHON: *Histoire naturelle des drogues simples.* Paris, 1875.

HÉRAIL et BONNET: *Manipulations de Botanique médicale et pharmaceutique, iconographie histologique des plante médicinales.* Paris, 1891.

HÉRAUD: *Nouveau dictionnaire des plantes médicinales.* Paris, 1895.

JAMMES: *Aide-mémoire de pharmacie galénique.* Paris, 1893.

SIMON: *Elementi di farmacognosia.* Milano, 1912. *g. b.*

(968) All'abbonato 8277:

G. BANTI. *Anatomia patologica.* Vol. 2°, in corso di pubblicazione. Soc. ed. libr., Milano. Prezzo del 1° vol., L. 20.

L. ASCHOFF. *Anatomia patologica.* Un. tip. ed., Torino. L. 56. INDEX.

VARIA.

La stampa medica francese durante la guerra.

Di 345 periodici francesi di medicina che si pubblicavano prima della guerra, 270 sono stati sospesi o soppressi.

Dei 75 che ancora vedono la luce, molti hanno ridotto la loro periodicità: per esempio, si sono trasformati da settimanali in mensili o trimestrali.

Poichè la stampa medica ha tanta parte nel diffondere le conoscenze relative alla cura dei malati e dei feriti ed alla tutela della salute dei combattenti, essa ha contribuito a salvare, senza dubbio, molte migliaia di vite. Eppure le autorità governative sono state inutilmente sollecitate, dalla stampa medica organizzata, a fare qualche concessione concreta che aiutasse a superare la crisi attuale e specialmente a rendere più tollerabile il rincaro enorme della carta.

E dire che la quantità totale di carta usata dalla stampa medica periodica in Francia non supera le 35 tonnellate al mese: meno della metà di quanta ne impegna in un solo giorno un periodico quotidiano a grande tiratura!

***

Questi dati e questi apprezzamenti sono desunti dal *Journal of the American Medical Association* del 20 aprile 1918.

È superfluo aggiungere che in Italia la stampa medica periodica attraversa una crisi non meno acuta e che il nostro Governo non ha concorso ad alleviarla, se non in misura del tutto trascurabile ed irrisoria.

La meraviglia del confratello americano avrebbe dunque ragione di essere, non meno verso il Governo italiano che verso il Governo francese. L. P.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. FERRATA. *Le emopatie.* — Vol. I. — Società editrice libraria, Milano, 1918.

Il lavoro del Ferrata sulle *emopatie*, di cui solo il primo volume è stato pubblicato, colma mirabilmente una lacuna che già esisteva in Italia, in cui la grande diffusione delle traduzioni dei trattati stranieri contribuiva a creare « inconsciamente nei giovani, a poco a poco, una riprovevole servitù mentale ».

Nel primo volume, ora comparso, è trattata la parte generale delle emopatie; il secondo, di prossima pubblicazione, ne comprenderà la patologia speciale e la clinica.

Il Ferrata, con grande chiarezza ed esattezza di dettaglio, comincia nella *prima parte* con il descrivere la tecnica delle ricerche ematologiche della presa del sangue, conteggio delle emazie e dei leucociti, determinazione della emoglobina, del valore emoglobinico globulare, per passare poi ai vari metodi per l'allestimento dei preparati microscopici.

Tratta, nella *seconda parte*, della morfologia normale e patologica degli eritrociti e dei vari metodi per la determinazione in essi del glicogeno, del grasso, delle ossidasi, ecc.; e nella *terza parte* delle varie forme dei leucociti in condizioni fisiologiche e patologiche.

La *quarta parte* comprende la morfologia, la genesi ed il significato delle piastrine, e lo

studio delle loro funzioni. Ammette il Ferrata che le piastrine si originano dai megacariociti, in seguito ad un processo di differenziazione del protoplasma linfoide della cellula gigante, senza però escludere, in modo assoluto, che anche altri elementi monocitoidi possano — tanto nell'embrione, che nell'adulto — partecipare alla loro formazione.

La *quinta parte* è dedicata allo studio dei tessuti ematopoietici. L'Autore giustamente distingue questi in tessuti ematopoietici specifici (midollo osseo, glandule linfatiche, milza) e tessuti ematopoietici diffusi, in quanto che egli sostiene l'esistenza nei connettivi di un'enorme quantità di cellule a tipo embrionale indifferenziato, da cui derivano sia gli elementi morfologici del connettivo (e perciò istioblasti), sia le cellule ematiche (e perciò emoblasti), onde il titolo complessivo loro assegnato di *emoistioblasti* (corrispondente alle così dette *rühende Wanderzellen* di Maximow).

Nella *sesta parte* è ricordata e discussa la genesi delle cellule del sangue nell'embrione e l'origine di esse nella vita postfetale. Secondo il Ferrata, tutte le cellule del sangue — emazie e leucociti — derivano da un'unica cellula primordiale mononucleata, chiamata *emocitoblasto*, avente protoplasma basofilo, assolutamente privo di granulazioni e situata nei parenchimi ematopoietici, mieloidi e linfoadenoidi.

Tale *emocitoblasto* non si trova nelle prime fasi della vita embrionale, prima della comparsa della funzione ematopoietica del fegato; compare invece nel fegato dell'embrione, e nell'animale adulto si trova in notevole quantità nel midollo delle ossa e si presenta identico nei suoi caratteri morfologici fondamentali al *linfoblasto* dei dualisti del parenchima linfatico.

Dall'*emocitoblasto* — secondo il Ferrata — si differenziano cinque tipi cellulari, progenitori rispettivamente degli eritrociti, dei granulociti, dei linfociti, dei monociti, delle piastrine, e indicati coi nomi di *mieloblasti, proeritroblasti, linfoblasti, monoblasti* e *megacarioblasti*.

L'Autore inoltre — contrariamente al Pappenheim — non considera le granulazioni azzurrofile presenti in alcuni *emocitoblasti* come un'accidentalità morfologica trascurabile, ma sostiene invece che esse rappresentano la prima differenziazione morfologica della cellula indifferente, dell'*emocitoblasto*, verso i leucociti della serie granulosa (mieloblasto). Il Ferrata quindi distingue tre differenti *mieloblasti*, a seconda del tipo mielocitico verso il quale esso va differenziandosi, e cioè i *proneutrofili*, i *proeosinofili* ed i *mastmieloblasti*.

La *settima parte* infine è dedicata allo studio del significato morfologico delle cellule del sangue ed alle formule ematologiche.

Nel sangue normale e patologico le cellule sono, dal Ferrata, distinte in:

a) *primordiali* o indifferenti (emocitoblasti);

b) *cellule mature ed immature* della serie emoglobinica definitiva (eritroblasti, eritrociti);

c) *cellule emoglobiniche primitive embrionali* (megaloblasti, megalociti);

d) *cellule mature ed immature* della serie bianca (mieloblasti, mielociti, granulociti poliformi, monoblasti, monociti, linfoblasti, prolinfociti, linfociti).

Sono inoltre ricordate le così dette cellule irritative di Türk, quelle di Rieder (considerate come prodotti di atipica maturazione dell'emocitoblasto), le plasmacellule e le modificazioni morfologiche speciali delle cellule emoglobiniche (corpi di Jolly, granulazioni basofile, corpi anulari di Cabot, granulazioni azzurrofile, ecc.).

Nel complesso il lavoro del Ferrata merita tutta la considerazione degli studiosi di ematologia, che in esso trovano una guida preziosa, sicura, una critica severa ed obiettiva, una ricchissima bibliografia.

Il favore con il quale molte affermazioni dell'Autore sono state già accolte in Italia ed all'estero è indice sicuro e garenzia ad un tempo del loro valore.

F. FULCI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CASCO GIUSEPPE e AGUZZI ANGELO. Sulla virulenza del sangue dei bovini aftosi e prove d'immunizzazione contro l'afta epizootica. — Roma, 1917.

COMITATO DI PROPAGANDA PER LA DISCIPLINA E LIMITAZIONE DEI CONSUMI PER LA PROVINCIA DI PALERMO. Norme igieniche per l'alimentazione. — Palermo, 1917.

MITRA MARIANO. Pericardite e miocardite letale in un caso d'infezione da paratifo B. — Milano, 1917.

L'opera del Comitato Antimalarico Veronese durante l'anno 1916. — Verona, 1917.

BONOLA FRANCESCO. Note di chirurgia cranio-encefalica per lesioni di guerra. — Bologna, 1917.

CAMMARATA ANTONIO. La vaccinoterapia nella febbre tifoide. — Palermo, 1918.

IMPASTATO R. Relazione sul movimento dei militari ricoverati nel 2° Reparto Chirurgico dell'Ospedale da campo 211 nei mesi di agosto e settembre 1916. — Palermo, 1918.

BONOLA FRANCESCO. Due nuovi sintomi di perturbamento delle vie piramidali. — Napoli, 1917.

CERNEZZI ALDO. Sull'opportunità dell'intervento chirurgico nei fibromiomi uterini. — Milano, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sull'aumento di stipendio ai medici condotti.

Il prof. Silvagni in una lettera pubblicata sul «Policlinico» in risposta a qualche medico che lamentava l'inerzia delle organizzazioni sanitarie sulla modesta, ma ahimè tanto sentita, questione dell'aumento di stipendio concesso dallo Stato fin dal febbraio scorso ai suoi impiegati, e negato da molti comuni ai propri medici, dichiara di aver fatto quanto era in lui, quale presidente della Federazione degli Ordini, per ottenere che la mezza promessa di una deliberazione coattiva da parte del Governo, fatta alla Camera dall'on. Bonicelli agli onorevoli Gaudenzi, Brunelli e Bissetti avesse la desiderata attuazione; ma di aver trovato specialmente nel Ministro del Tesoro l'ostacolo maggiore.

Non essendo avversario della mia amministrazione, nè colpito pel momento dalla contrarietà personale di nessun membro della maggioranza, l'aumento m'è stato concesso; parlo quindi solo a nome dei non pochi colleghi ai quali fu negato.

Il prof. Silvagni riferisce nella sua lettera che l'obiezione principale messa avanti dall'onorevole Nitti è stata quella del colpo che con una decisione di imperio si porterebbe al principio della autonomia comunale.

Al riguardo si può fare un raffronto forse non troppo parlamentare, ma che calza tanto a proposito. A me sembra che il ritegno del ministro assomigli molto da vicino a quello che non osa alzare, diciamo così, il velo di una etèra nota *lippis et tonsoribus*.

Dove si trova oggi l'intangibilità della autonomia comunale?

Quando mai, allorchè al Governo sembrò necessario di manometterla, è stata rispettata?

Ma se i Comuni non possono fare un passo — e neppure accennare a farlo — senza inciampare in una sequela di disposizioni restrittive o tutrici, che è poi lo stesso!

Proprio oggi, in tempi eccezionali e in regime eccezionale, quando ogni autonomia è diminuita e soppressa, e proprio per non compiere un atto di doverosa giustizia, si comincerebbe a rispettare l'autonomia comunale?

Perchè a me sembra che di qui non si esca: o lo Stato, nell'accordare l'aumento ai propri dipendenti ha voluto far loro un regalo, oppure ha riconosciuto e ritenuto che in mezzo al fantastico aumento dei prezzi, quando il Governo stesso triplicava, a dir poco, coi prezzi di imperio i guadagni degli agrari (vedi prezzi delle derrate, dei foraggi, delle carni, della canapa, delle barbabietole, ecc.), quando il danaro diminuiva di oltre la metà del suo valore, i suoi impiegati non potevano rinnovare il miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci.

Ora, nel primo caso avrebbe ragione il rispetto della autonomia comunale, ma nel secondo no.

Ed è appunto il secondo quello che s'è dato. Perchè lo Stato non ha regalato niente a nessuno, ma s'è sentito in dovere di sollevare, benchè in minima proporzione, le condizioni dei suoi impiegati.

E i medici condotti forse non mangiano, non bevono e non veston panni come tutti gli altri mortali?

E se quelli a condotta libera hanno potuto rimediare, alzando le tariffe per le prestazioni agli abbienti, come potranno fare i molti che coprono condotte piene — la metà circa del totale — i quali si trovano per lo stipendio nelle condizioni di qualunque altro impiegato ad assegno fisso?

Se le amministrazioni comunali per essi non pensano, o per non aumentare le tasse, di cui in generale i padri coscritti contribuenti sono gelosissimi, o per contrarietà personale di qualche pezzo grosso contro il medico — caso frequente altrettanto quanto quello della contrarietà a ritoccare le imposte — dovranno costoro, per amore della autonomia comunale, continuare a risentire il danno economico della guerra come nessun ceto lo sente?

Sembra giusto questo e pare anche utile per la concordia delle masse, dato che il medico condotto entra dappertutto e possiede una influenza morale grandissima?

E poi i rapporti fra Governo e Comuni da un lato e Governo e medici condotti dall'altro non sono gli stessi in questi momenti.

Ai Comuni è riconosciuta infatti la facoltà di affamare i propri medici, in omaggio alla loro autonomia di enti morali; ai medici è tolta fin la facoltà di piantare i municipi avari o maligni, per cercarne altri meno tirchi o meglio animati da spirito di giustizia.

Perchè, come è noto, durante questa guerra tutti i concorsi sono sospesi e i medici sono soggetti da oltre due anni ad una specie di mobilitazione civile per la quale i prefetti hanno facoltà di destinarli dove credono e magari — fatto che ho visto avvenire qui presso — obbligarli a rimanere nel Comune in cui s'erano resi dimissionari.

E così l'autonomia è rispettata da una parte sola, da quella del più forte.

Par giusto e democratico tutto ciò al democratico ministro del Tesoro?

E le amministrazioni grandi e piccine come approfittano di questa nuova tenerezza della loro autonomia per compiere le proprie vigliacchette rappresaglie, escludendo i medici dal misero beneficio del meschino aumento che magari elargiscono con gesto di larga generosità agli altri impiegati!

Proprio qui, vicino alla mia residenza, ho visto due casi simili, e non cito i luoghi, non perchè quei Comuni non meriterebbero di esser messi alla gogna, ma per rispetto ai colleghi colpiti.

Ecco dove va a naufragare l'autonomia comunale!

Avrei molto altro da dire, ma non voglio abusare dello spazio del periodico che gentilmente

mi ospita, e termino quindi esprimendo la speranza che S. E. Nitti voglia lasciar gettare un po' d'acqua sul fuoco che l'anima pro autonomia comunale.

Dott. ROMANO CERAMICOLA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7389) *Responsabilità nell'esercizio professionale.* — Dott. U. R. da B. — Nel caso esposto nel quesito non ricorre l'applicazione nè dell'art. 178 nè dell'art. 371 del Codice penale. L'art. 178 parla, infatti, di pubblico ufficiale che per qualsiasi pretesto, anche di silenzio ed oscurità della legge, omette o rifiuta di fare un atto del proprio ufficio, mentre il medico condotto nell'esercizio delle sue funzioni non deve applicare alcuna legge, ma operare secondo scienza; e ciò anche a prescindere che la prevalente giurisprudenza non riconosce in tale funzionario la veste di pubblico ufficiale.

L'articolo 371 poi riguarda l'imperizia o la negligenza nello esercizio in atto del proprio ministero e non già l'assenza temporanea della residenza per cui, chiamato, non ha potuto accorrere con la sollecitudine che il caso richiedeva. Noi riteniamo che se di pena sia passibile il medico condotto in parola, essa deve essere sempre una pena disciplinare che gli venga applicata dal Comune per essersi allontanato dalla residenza senza il dovuto consenso dell'autorità competente. È ovvio, poi, che non può nulla imputarsi penalmente a chi non ha *voluto* il male che fatalmente è seguito, ma si è trovato, sia pure illegalmente, nella impossibilità materiale di accorrere prontamente per compiere il proprio dovere.

(7390) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. C. da N. — Al medico condotto chiamato sotto le armi competono due mesi di stipendio come condottato, non compreso l'assegno per ufficiale sanitario e quello che riscuote per la cavalcatura, perchè questi ultimi non costituiscono stipendio, nè ne fanno parte integrale.

(7391) *Pensioni.* — Dott. F. Z. da P. — Secondo il calcolo che facciamo degli anni di servizio da Lei prestati, deduciamo che Ella al 31 dicembre di questo anno conterà 23 anni e 4 mesi di carica. Non può, pertanto, liquidare la pensione che nel febbraio 1920, epoca in cui compirà 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio. Con 56 anni di età e 25 di servizio liquiderà annue L. 954.

(7392) *Aumento di stipendio.* — Dott. P. C. da S. G. d'A. — Se Ella nel gennaio ultimo ha ottenuto aumento di stipendio in misura superiore a quella stabilita dallo Stato pei proprii dipendenti, non può ottenerne altro, giacchè l'articolo 8 del D. L. del 10 febbraio ultimo tassativamente lo vieta, pur consentendo che restino ferme le concessioni maggiori già deliberate dai Comuni e regolarmente approvate.

(7393) *Cura prestata ai militari del presidio.* — Dott. A. B. da M. — Nel silenzio del capitolato o del regolamento sanitario locale, riteniamo che Ella abbia diritto a compenso per la cura ed assistenza medico-chirurgica che presta ai militari di codesto presidio. Se il Deposito del reggimento non ha dato riscontro alla domanda da Lei fatta per ottenere tale compenso, non resta che reclamare al comandante della Divisione militare da cui il presidio dipende.

(7394) *Collegio convitto di Perugia. - Contributo.* — Dott. B. T. da V. — Poichè al pagamento del contributo pel mantenimento del Collegio convitto di Perugia sono tenuti anche i medici in servizio dello Stato, Ella, tuttochè chiamato sotto le armi, deve continuare il pagamento di esso.

(7395) *Medici carcerarii.* — Dott. R. P. da P. — L'articolo 47 del vigente regolamento del 15 luglio 1909 dichiara che i medici carcerarii non sono considerati come impiegati governativi, e che non hanno diritto a pensione nè agli altri vantaggi concessi ai funzionarii dello Stato. Non hanno, pertanto, essi alcun vincolo di carriera e possono essere licenziati da un momento all'altro, quando la necessità del servizio richieda simile provvedimento, e ciò non ostante sieno stati nominati a seguito di concorso. Non può per tale ragione Ella dolersi dello invito ricevuto dal Ministero di lasciare il servizio presso la casa penale, dal momento che questa non più funziona e fu ad altro uso adibita.

(7396) *Aumento di stipendio. - Indennità caroviveri.* — Dott. abb. 625. — Perchè con piena conoscenza di cose si possa decidere se Ella abbia o meno, date le speciali circostanze esposte, diritto al pari degli impiegati amministrativi dell'Opera Pia all'aumento di stipendio ed alla indennità caro-viveri recentemente concessa, sarebbe utile che Ella rivolgesse regolare istanza alla Commissione provinciale di beneficenza. A seguito della decisione che sarà presa, si esaminerà se sia o meno il caso di adire l'autorità giudiziaria.

(7397) *Soccorsi di urgenza. - Diniego.* — Dottor G. F. da M. — Il medico che viaggiando in un treno viene chiamato in seguito ad uno scontro a prestare l'opera sua di urgenza ad un ferito gravissimo non può rifiutarsi senza cadere nella contravvenzione prevista e punita dall'articolo 435 del codice penale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2385:

Ella è stato messo a disposizione dell'autorità civile per il servizio che attualmente compie. Non vedo quindi come potrebbe abbandonarlo, senza rientrare a disposizione dell'autorità militare.

Rientrato a disposizione dell'autorità militare può essere comandato a prestar servizio ovunque, e non può quindi esser sicuro di esser destinato a Milano.

All'abb. n. 4367:

Occorre che Ella faccia domanda del grado che le compete, allegando i titoli.

All'abb. n. 8478:

Avendo Ella compiuti i 20 anni di esercizio professionale (bastano 15) può chiedere di esser nominato capitano medico per titoli.

All'abb. n. 2417:

Ritengo che Ella farebbe bene a chiedere di esser sottoposto a visita, onde la sua situazione militare venisse nettamente stabilita.

Al dott. G. G. da R.:

È chiaro che l'ufficiale in questione non può cumulare lo stipendio militare e le relative indennità con lo stipendio di medico condotto.

Al dott. G. T. da C. d. R.:

Non è questione risolta, e ritengo che, nel dopo guerra, se ne dovrà trattare. Nessuna disposizione per ora autorizza a considerare gli anni passati in guerra dai pensionandi per altrettanti biennii.

Al dott. C. T. da S.:

Se perdurano le condizioni che lo hanno fatto dichiarare insostituibile, l'esonero deve esserle prorogato automaticamente dal Ministero anche senza domanda. Comunque Ella non deve muoversi dal suo posto se non è precettato dall'A. militare. L'avvicendamento può esser sempre chiesto se Ella si trova nelle condizioni di età, ecc., per ottenerlo.

All'abb. n. 9101:

Durante il periodo di indisponibilità dovuto all'esonero non hanno luogo gli avanzamenti.

All'abb. n. 3298:

Ella può far domanda del grado di capitano pel titolo dei 15 anni di compiuto esercizio professionale anche se non incondizionatamente idoneo.

All'abb. n. 6861:

Ella deve limitarsi a chiedere l'avvicendamento dalla zona di guerra a quella territoriale. Può nella domanda accennare alla città ove desidererebbe essere avvicendato, ma non è sicuro per questo di ottenere tale destinazione.

Circa la promozione, non può esser fatta in base a sua domanda, ma su proposta delle autorità da cui Ella dipende.

Al dott. O. M. da P. S. G.:

Non è vero che chi sia inabile a servizio incondizionato non possa ottenere il grado di ufficiale; occorre che all'atto della sua nuova chiamata Ella presenti i titoli. Avendo oltre 15 anni di esercizio professionale le spetterebbe il grado di capitano medico.

Al dott. C. U., Zona di guerra:

Classe giovane è una parola troppo vaga. Occorre conoscere a quale classe Ella appartenga.

All'abb. n. 8478:

Mi sembra ovvio che, cessato il periodo della sua indisponibilità, Ella, in base al titolo dei 15 anni compiuti di esercizio professionale, ottenga il grado di capitano, in seguito a sua domanda.

All'abb. n. 3331:

Alla domanda in carta da bollo da L. 2.10, oltre il certificato dell'autorità civile testificante i compiuti 15 anni di esercizio professionale, dovranno essere allegati la fede di nascita, il certificato penale e la fede di buona condotta vidimata dal prefetto. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Cesare Agostini, direttore del Manicomio provinciale e insegnante di medicina legale nella Università di Perugia, già consulente neuropsichiatra dell'Armata Carnica, è stato per meriti speciali promosso tenente colonnello, tenuto conto principalmente che, mentre era in licenza per esami il 24 ottobre, avuto notizia della iniziata offensiva nemica, ritornava subito volontariamente in Carnia a rintracciare e porre in salvo le sue unità ospitaliere.

Avendo di nuovo richiesto di tornare in zona di guerra, è stato nominato consulente neuro-psichiatra presso l'Intendenza generale, con l'incarico di coordinare tutti i servizi neuro-psichiatrici delle armate.

La Facoltà Medica di Parigi ha incaricato il prof. Ernesto Duprè dell'insegnamento di clinica delle malattie mentali, al posto del compianto prof. Ballet.

La dottoressa Lina Stern, libera docente, è stata nominata professoressa straordinaria di chimica fisiologica presso l'Università di Ginevra.

NELLE UNIVERSITÀ ITALIANE.

Sono stati promossi al grado di ordinario i seguenti professori straordinari: Foà Carlo, di fisiologia a Parma; Bertino Alessandro, di clinica ostetrica e ginecologica a Siena; Ottolenghi Donato, di igiene e polizia medica a Cagliari; Perroncito Aldo, di patologia generale a Cagliari; Scaffidi Vittorio, di patologia generale a Palermo; Frassetti Fabio, di antropologia a Bologna; Dalla Vedova Riccardo, di ortopedia e traumatologia a Roma.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. ENRICO DOSSI, medico municipale di Milano, che già è angosciato per l'assenza del figlio dott. NINO, capitano medico, prigioniero di guerra, ebbe notizia della morte del secondogenito, ragioniere GUIDO, colpito mentre adempiva scrupolosamente il suo dovere. M. I.

Il dott. VINCENZO MORVILLO, da Palermo, ha perduto due figli in guerra, a pochissimi mesi di distanza l'uno dall'altro. M. I.

Il dott. ANGELO CIVIDALI, ora capitano medico, perdette il figlio ventiduenne CLAUDIO, tenente del genio, allievo ingegnere del Politecnico di Torino. Ancora convalescente di operazione di appendicite, volle tornare al posto d'onore e cadde colpito al petto da scoppio di granata nemica a Gorizia, il 12 settembre 1917. U. L.

Ricompense al valor militare.

Al capitano medico dott. FRANCESCO LANGELLA, da S. Giuseppe Vesuviano (Napoli), comandante una sezione di Sanità in Albania e già decorato con due medaglie al valore, è stata conferita dal Governo di Serbia la medaglia d'oro.

MEDICINA SOCIALE.

La donna nelle opere di assistenza materna.

Al Convegno nazionale femminile tenuto in Roma nell'ottobre 1917, il prof. Mario Flamini rilevava l'importanza, anzi la necessità, che la donna partecipi alle Opere Pie ed alle Istituzioni di assistenza sociale che riguardano la maternità e l'infanzia.

Avendo pratica di ospedali infantili, di ambulatori, consultazioni e dispensari di latte, di asili materni e di brefotrofi, il Flamini è venuto nella persuasione che la donna, con il suo istinto, il suo affetto la sua esperienza, debba costituire un elemento indispensabile nelle varie Commissioni direttive delle numerose istituzioni esistenti a beneficio delle madri gestanti ed allattanti, e dei bambini di età inferiore ai tre anni, di quel complesso cioè di istituzioni, che nei riguardi della madre e del bambino si possono comprendere nelle parole « assistenza materna » e che devono essere non solo rette dall'igiene, dalla tecnica e da saggie amministrazioni, ma sopratutto dal cuore. Questo manca frequentemente in tali istituti, perchè vi manca la donna.

Le opere di assistenza alle donne gestanti ed allattanti e alla prima infanzia sono oggi numerose: in Roma, ad esempio, ne esistono fra grandi e piccole più di quaranta, in alcune le donne sono ammesse a far parte dei Consigli direttivi, ma da altre, e fra queste le più importanti, sono escluse.

Quale deve essere l'opera della donna in futuro nel campo di tutte queste istituzioni?

Perchè l'« assistenza sociale materna » possa raggiungere effetti veramente notevoli è necessario che tutte queste opere vengano fra loro coordinate, che alcune vengano ampliate, e che altre mancanti vengano create.

Dovrebbe sorgere un *centro di assistenza materna* in ogni grande città: tale centro manca dovunque in Italia, ma dovrebbe somigliare a quelli che vanno creandosi per la lotta antitubercolare, la quale, per la complessità dell'azione e per le numerose istituzioni delle quali deve avvalersi, ha molti punti di contatto con l'opera di assistenza materna.

Il centro, del quale il medico sarà la mente direttiva, e la donna dovrebbe essere il cuore ed il braccio, si comporrà di un *ufficio centrale per le madri gestanti ed allattanti* e di *uno per i bambini*, e di istituti complementari, quali un *ambulatorio per le madri* ed *uno per i bambini*, per la visita sommaria da eseguirsi eventualmente prima di indirizzarli ad una delle opere di assistenza; dovrebbe inoltre essere strettamente in rapporto con un *ufficio di propaganda e di volgarizzazione* e con la *scuola di puericultura*. Quest'ultima è in special modo necessaria per la formazione di un nucleo di energie femminili competenti, da adibirsi, o come personale di visitatrici, o anche come personale tecnico, in tutte le istituzioni che, irradiandosi dal centro, dovrebbero essere a questo intimamente connesse.

Al centro dovrebbe essere anche l'*istituto delle visite a domicilio*, a scopo morale, e per arrecare sussidi materiali e di assistenza tecnica igienico-sanitaria, per confortare e persuadere le madri illegittime a riconoscere il proprio bambino, per segnalare i bisogni e per controllare le condizioni di povertà per apportare aiuti finanziari, di buoni alimentari, di lavoro, di corredini, ecc., per assistere mamma e bambino nei primi tempi del puerperio, per ammaestrare la madre e guidarla nell'assistenza razionale del suo figliolo.

Questo centro già esiste in altri paesi, ad esempio in Scozia; un istituto del genere si è formato in Roma ed in altre città d'Italia per la lotta antitubercolare.

Al centro sono collegate le opere di assistenza alle madri gestanti ed allattanti e quelle di assistenza alla prima infanzia, che dovrebbero anche essere coordinate fra loro.

Tra le prime dobbiamo annoverare le *Maternità* (fra le quali primeggia in Roma per importanza di scopi l'Asilo Materno), la *guardia ostetrica*, l'*opera dei sussidi a domicilio, quella delle refezioni alle madri allattanti*, le *Casse di maternità* ed i *laboratori-nido*.

Fra le seconde annoveriamo i *Brefotrofi*, gli *asili per lattanti legittimi abbandonati* (che in Roma mancano), gli *orfanotrofi*, le *Crêches*, le *consultazioni per poppanti* e le *Gouttes de lait*, gli *ospedali per bambini* e le *vaccherie modello* (che in Roma mancano).

Allo stato attuale quanta parte ha la donna nelle varie istituzioni accennate?

In Roma ad esempio ecco quali sono le Opere rette da Commissioni o Consigli nei quali entra anche la donna: Asilo materno, Cassa di maternità, Laboratori-nido, Crêches, Consultazioni, Ospedale infantile (Bambin Gesù), e la Scuola di puericultura. La donna invece è esclusa da molte altre Opere, e fra queste sono le più importanti: le Maternità della Congregazione di Carità, l'Istituzione dei sussidi vari e delle Refezioni alle madri allattanti, pure della Congregazione di Carità, il Brefotrofio retto da una Commissione provinciale, gli Ambulatori infantili della Congregazione di Carità, ecc. Ad aggravare la esclusione della

donna dalle varie istituzioni sta il fatto che, anche per quelle nelle quali la donna entra a far parte, il provento maggiore di sussistenza dell'Opera stessa è dato per lo più da istituzioni da cui la donna è esclusa, e fra queste principalmente la Congregazione di Carità e l'Opera Pia degli Ospedali. Così in Roma avviene che, anche per l'Asilo Materno, per gli Orfanotrofi, per le Consultazioni e Gouttes de lait, ove la donna fa parte dei Consigli Direttivi, è la Congregazione di Carità che elargisce un notevole contributo, e così per l'Ospedale del Bambin Gesù, sono gli Ospedali e la Congregazione di Carità che contribuiscono principalmente al mantenimento dell'Opera, mentre da ambedue gli enti la donna è completamente esclusa.

In conclusione si deve riconoscere che, almeno per Roma, pur essendo ammessa la donna in molte istituzioni a beneficio dell'infanzia, la sua azione non potrà veramente esplicarsi se non quando essa potrà entrare a far parte di tre fra le principali Opere Pie, che sono: 1° la Congregazione di Carità; 2° gli Ospedali Riuniti; 3° il Brefotrofio.

La Congregazione di Carità, perchè possiede e sussidia il maggior numero di istituzioni di «assistenza materna», e gli Ospedali riuniti, perchè dalla presenza della donna riceverebbero certamente maggiore stimolo ad attivare l'opera di spedalizzazione infantile.

Ma dove l'opera della donna potrà in special modo essere utile, sarà in seno alle Commissioni dei vari Brefotrofi d'Italia per compiere quell'opera affettuosa che potrà esplicare a beneficio delle madri e dei bambini, e quell'azione di propaganda benefica che potrà vincere il pregiudizio, redimere le madri che allattano, e salvare la vita del piccolo esposto non colpevole.

Già la donna ha preso un interessamento grandissimo alla questione degli esposti. In Roma con riunioni, congressi e pregevoli scritti si sono occupate con passione della infanzia abbandonata ed illegittima, personalità ben note nel campo femminile, dimostrando, oltre che affetto e cuore, anche conoscenza profonda di tutte le questioni sociali che hanno attinenza con l'infanzia bisognosa, prima fra tutte quella della ricerca della paternità L. P.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Malattie nuove o risorte nella Patria in armi e mirabili difese.

Su questo tema, ad iniziativa della Società medica di Parma, nell'aula magna della R. Università, presenti le autorità civili e militari, numerosi soci e medici della città e provincia, il 15 luglio u. s. tenne una conferenza il prof. Gabbi, direttore della Regia Clinica Medica:

L'O. esordisce affermando gli scopi principali per i quali la Società medica ha creduto di mettersi, svolgendo l'opera sua scientifica e pratica, in più diretto ed ampio contatto anche col pubblico non medico. Se — egli dice — si vuol dare oggi alla medicina un còmpito più largo e nobile del passato e la dignità di un'alta missione civile, è necessario che i suoi cultori penetrino, meno tremuli, nel circolo vivo della odierna complessa funzione sociale anche per rompere il placido sonno all'empirismo che la penetra ancora per ogni dove. Se oggi il suo valore morale e tangibile è accresciuto, non è solo perchè si è fatta più largamente protettrice della vita, ma anche perchè ha contribuito all'aumento di quella cultura che anima la civiltà ed eleva le nazioni al cospetto del mondo.

La necessità di una sua più ampia penetrazione nella vita pubblica oggi è anche maggiore data la gravità suprema dell'ora che la Patria attraversa.

La conferenza dell'O. mira nel contenuto al cuore ed al cervello dell'uditorio: col primo al sentimento delle uditrici e col secondo alla coltura degli uditori.

Con essa egli mira anche a sollevare un po' di velo che circonda la meravigliosa opera di scienza e di pratica dei medici in questa sanguinosissima guerra, mira a far sapere a chi ha figli, fratelli, parenti in trincea, come furono colpiti prima dai nemici invisibili, livellatori di vite, i microbi, e come furono presto e poi prontamente e mirabilmente difesi.

Il contenuto del suo tema è vasto assai e tale da non aver òmeri adatti a sostenerne il peso: lo solleverà a lembi.

Prima di penetrare addentro al tema e dire delle malattie nuove e risorte nella Patria in armi e delle mirabili difese approntate, egli ne addita le molteplici sorgenti. Comincia anzitutto dal ricordare che le nazioni entrate in guerra sono trentatrè, e che esse hanno messo colle armi al piede una sessantina di milioni di soldati. Questi vennero sul fronte europeo da quattro continenti, da regioni tropicali e paratropicali, ed era quindi possibile che vi portassero germi speciali alle loro regioni e a diffusione epidemica. Qui l'O. ricorda come le epidemie di malattie infettive fossero in passato frequenti e gravissime specie nelle guerre combattute nelle regioni calde.

Col mancato insegnamento della patologia esotica tra noi il pericolo della penetrazione di germi esotici appariva più che probabile per i possibili errori di diagnosi.

Un'altra sorgente di malattie nuove poteva essere, e lo fu, la trincea, dove il soldato è un sepolto vivo in continua lotta colla morte. Altra

gravissima sorgente, i gas tossici, asfissianti, lagrimogeni, caustici, vomigeni, prodotti nuovi — esclama l'O. — usciti dai cervelli di una coorte infinita di delinquenti e di amorali che un rinnovato storico turbine di follia omicida, a forma collettiva, associò in un'opera infinita di rovina e di sangue. Un'altra ancora, da lui per il primo additata, quella di una guerra a sede geograficamente nuova, di una guerra combattuta per mesi ed anni sulle Alpi, che in passato avevano veduto passare gli eserciti, non arrestarsi!

Questa la quadruplice sorgente di nuove malattie o di malattie di probabile rinascenza. Ma l'O. non passa subito a enumerarle e ad additarne le mirabili difese ad opera della Direzione di Sanità militare e della Direzione generale della Sanità pubblica.

Egli prima si ferma a considerare l'influenza che la guerra singolarmente feroce ad opera degli Unni doveva esercitare sullo stato nervoso dei combattenti, nella prima rappresentati solo da giovani sui vent'anni o poco più. Stabilisce un confronto tra la vita della giovinezza anteguerra e quella della trincea, enumerando di questa le cause che dovevano avere una notevolissima influenza sul sistema nervoso: la continua vigilia d'armi, trepida attesa di cimenti, dai quali poteva derivare la perdita della vita e della libertà; la commossa visione di dolori fisici per ferite gravi e strazii morali per possibili mutilazioni; il pensiero delle madri, mogli e figli lontani, e della terra natia; le scosse violente improvvise ad opera del sibilante arrivo e delle fragorose assordanti esplosioni di granate, di *shrapnells*, di obici; il rumore continuo insoffribile di un cronico uragano d'artiglieria, i lamenti dei feriti; lo spettacolo terrificante di notti dense di orrore e di tenebre; il pericolo dei nemici a strapiombo o delle mine sotterranee; il vento, la pioggia, la neve, la tormenta, il freddo; il riposo insufficiente, l'alimentazione non regolare, il ricambio materiale reso difficile. Tutto questo cumulo di influenze doveva ripercuotersi sul sistema nervoso ed aversi due conseguenze: un particolare «stato d'animo» del combattente e la possibile insorgenza di nuove forme morbose e la comparsa di forme già note. Questo «stato d'animo» poteva ingenerare un decadimento dell'influenza nervea su tutte le funzioni della vita ed aprire così più facilmente le porte ai germi infettivi, ed offrire più facile bersaglio alla loro violenza. Di qui una particolare impronta alla fisionomia dei quadri clinici, una particolare gravità nel primo periodo di guerra, contrastante con quelli degli ultimi mesi. Ma non solo questo deve esser tenuto presente nel valutare la gravità dei quadri clinici, nel primo periodo della guerra, ma anche l'influenza di un turbamento funzionale delle glandole endocrine intervenuto anche ad opera dei turbamenti della tonalità psichica e della tonicità dei nervi provocati dalla vita di trincea.

Ciò premesso, egli comincia a considerare le malattie endemiche da noi, che si manifestano in forma epidemica: la febbre tifoide, le febbri paratifoidi, la malaria, la meningite cerebro-spinale epidemica, la dissenteria, la tubercolosi. Dimostra la gravità e il numero maggiore delle varietà cliniche, che d'ordinario non si osservasse, ne addita i sintomi che insolitamente emersero dal quadro ed accenna alle forme con ipotensione arteriosa e con esito mortale ad opera di lesioni delle capsule surrenali. La gravità traeva origine anche dal perchè erano spesso ad origine polimicrobica; condizione questa che spiegò come le vaccinazioni antitifiche e antiparatifiche non fossero largamente protettrici. Stabilisce di ognuna delle altre malattie: malaria, meningite cerebro-spinale epidemica, ecc., le caratteristiche dei loro quadri clinici, e passa quindi ad esaminare quelle delle malattie esotiche che comparvero ad opera dei «portatori cronici di germi» alla fronte. Accenna al colera, al modo come fu prontamente strozzato alla fronte e come pure lo fu in tre centri della zona territoriale dove si diffuse; al tifo esantematico, alla sua origine ed ai minuscoli focolai sparsi in alcuni piccoli centri e alla sua rapida eliminazione. Accenna quindi alla comparsa della dissenteria amebica per importazione dai prigionieri sull'Isonzo o dai nostri soldati provenienti dai Balcani, ed anche qui dimostra come le sapienti misure della Direzione generale della Sanità pubblica abbiano prontamente combattuto la malattia facendone preparare su larga scala il rimedio specifico

Si ferma poi a considerare le varie forme morbose raccolte sotto l'unica denominazione di «ittero delle armate», e si ferma a considerare le origini, la sindrome e la gravità della spirochetosi ittero-albuminurica, la sua benignità, e accenna ad una crescente rettifica di errori che alcune scoperte recenti hanno messo in evidenza. Accenna quindi a due altre forme probabilmente d'origine spirochetica: alla febbre da trincea e alla febbre di Volinia o febbre quintana, che però, soggiunge l'O., non pare siano state frequenti nelle nostre truppe.

L'O. passa quindi ad illustrare la «*Patologia da freddo*», che egli rivelò e mise in contrasto colla «*Patologia da raffreddamento*», patologia che si è svolta nelle truppe di alta montagna. Egli si ferma a descrivere le varie forme che si sono osservate, soffermandosi sulla porpora reumatica scorbutiforme, sulle prime presa per scorbuto, e della quale spiega le caratteristiche cliniche. E prende le mosse dalla notevole sindrome emorragica di questa forma per dimostrare la genesi di un fenomeno che ha caratterizzato la sindrome infettiva alla fronte: quello, cioè, delle tendenze all'emorragia, specie nelle manifestazioni cutanee e che egli fa dipendere più che dall'alimentazione uniforme, dalle condizioni d'ambiente (freddo, pressione atmosferica bassa). Ricorda a questo proposito gli studi di Angelo Mosso sulla Fisiologia dell'uomo sulle Alpi.

Venendo a parlare delle difese, valuta l'importanza ed il valore protettivo delle varie vaccinazioni. Ascrive a questo come ad altri importanti fattori, quale una più alta tonalità nervosa per l'allenamento e per le vittorie raggiunte, il fatto che oggi le malattie infettive nell'esercito sono assai meno frequenti e più benigne.

Accenna quindi alle disposizioni profilattiche e curative ad opera della Direzione di Sanità mili-

tare e della Direzione generale della Sanità pubblica, che ebbero anche di mira i prigionieri, i profughi e gli operai militarizzati e che non lasciarono inquinare le zone contumaciali nè quelle territoriali, come con terrificante frequenza accadeva nelle guerre passate!

Eleva, in ultimo, un inno all'opera magnifica del corpo medico alla fronte, degno pur esso di encomio perchè ha esso pure i suoi eroi ed i suoi martiri.

La dotta conferenza, seguita con molto interesse e la più viva attenzione, è stata salutata da calorosi applausi.

A. ROSSI.

NOTIZIE DIVERSE

Il nuovo grande ospedale di Roma.

Il Consiglio di amministrazione centrale degli Ospedali Riuniti di Roma, nella sua ultima adunanza, ha approvato il progetto relativo alla costruzione del nuovo grande ospedale che sorgerà sull'ampio pianoro di Monteverde, nella località « Vigna S. Carlo », a monte della stazione di Trastevere. La ubicazione scelta, elevata, quanto mai igienica, situata alla periferia della città e ad un tempo non molto lontano da essa, vicinissima alla stazione ed al tram che attraversa Roma, realizza le condizioni più favorevoli per la creazione di un ospedale. Questo avrà la capacità di 1200 letti.

Tutti i più recenti e più progrediti resultati della scienza e della tecnica ospitaliera sono stati tenuti presenti nella elaborazione del progetto e nella determinazione di ogni particolare, sicchè potrà dirsi che il nuovo ospedale rappresenterà un'opera veramente moderna.

Si verranno così a costituire — come avevamo già annunziato — tre grandi centri ospitalieri: il Policlinico, San Giovanni ed il nuovo ospedale a Monteverde.

Degli altri ospedali ora esistenti avverrà una nuova sistemazione: Santo Spirito sarà trasformato in ricovero dei cronici, con annesso il servizio del pronto soccorso e di ambulatorio. Verrà così definitivamente risoluta la questione dei cronici che costituisce il fulcro del problema ospitaliero della nostra città, per modo che non sarà più necessario, per deficienza di letti, allontanare questi malati da Roma e dalle loro famiglie per inviarli agli ospedali di Civita Castellana e di Viterbo.

San Giacomo e la Consolazione, dopo la costruzione del nuovo ospedale, saranno ridotti a posti di pronto soccorso con qualche corsia e con il servizio di ambulatorio. In tal modo la popolazione non risentirà alcun nocumento dalla trasformazione che sarà attuata.

Giacchè il concetto fondamentale che ha presieduto alla progettata sistemazione ospitaliera è questo: accentrare quanto più è possibile le cure ospitaliere in nosocomî periferici alla città, e decentrare nei varî punti interni di essa il servizio del pronto soccorso con le relative corsie, e quello di ambulatorio.

Il Consiglio di amministrazione intende sospingere quanto più rapidamente è possibile alla sua realizzazione questa opera che sarà integrata anche dalla costruzione di un nuovo ampio sanatorio per tubercolotici.

I progetti sono stati studiati dall'ing. Caterina, capo dell'ufficio tecnico degli Ospedali Riuniti.

Scuola pratica di assistenza e di profilassi antitubercolare in Roma.

Ad iniziativa dell'Ufficio centrale antitubercolare di Roma, sarà prossimamente istituita nella Capitale una Scuola pratica di assistenza e di profilassi antitubercolare, allo scopo di preparare e addestrare un personale scelto e sufficiente ai bisogni dell'assistenza ai tubercolotici, che costituisce la più delicata e difficile specializzazione della funzione generica di assistenza agli infermi, e per il cómpito della profilassi, che verrà esercitata da un corpo d'infermiere-visitatrici.

Il programma d'insegnamento sarà diviso in tre parti: patologia e clinica della tubercolosi, profilassi individuale e sociale della tubercolosi, assistenza al tubercolotico. La scuola avrà indirizzo eminentemente pratico: le lezioni saranno sussidiate da largo materiale illustrativo raccolto in apposito Museo didattico e dal servizio prestato nelle varie opere antitubercolari esistenti a Roma e dintorni (sanatorio-ospedale, dispensari, ospizio marino, colonie, scuole all'aperto, ecc).

Sale di allattamento per le madri che lavorano.

Il comm. Leonardi, assessore al Comune di Roma, ha proposto alla Commissione dell'ufficio del lavoro di svolgere un'azione diretta a provocare l'istituzione sollecita di sale di allattamento presso i maggiori stabilimenti e di aiutare la costituzione di sale in comune per i laboratorî più piccoli.

Le sale dovranno essere destinate non solo all'allattamento, ma anche al ricovero dei bambini durante tutto il giorno.

Il Comitato centrale dell'Associazione mutilati e invalidi.

Si è riunito, or è qualche tempo, a Milano, il Comitato centrale dell'Associazione nazionale fra Mutilati e Invalidi di guerra, per la discussione d'importanti problemi di organizzazione e di assistenza.

Sulla questione dell'assistenza il Comitato, giustamente preoccupato delle lamentele dei mutilati per gli inconvenienti che si verificano nella sostituzione e nella riparazione degli apparecchi di protesi, ha demandato ai rappresentanti in seno all'Opera Nazionale l'incarico di ottenere da questa e dal Ministero della Guerra provvedimenti intesi a meglio regolare il funzionamento delle officine e l'affluire ad esse degli apparecchi con criteri che meglio ne consentano la rapida sostituzione e riparazione.

Contro le iniziative private per la protesi di ricambio ai mutilati.

L' « Agenzia Stefani » ha diramato un comunicato ufficiale che dichiara come l'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra, costituita con legge dello Stato allo scopo di

provvedere ai bisogni degli invalidi medesimi e di disciplinare e vigilare tutte le forme di assistenza che in loro favore fossero sorte o dovessero sorgere nel Regno, *non approva* l'iniziativa di comitati, siano essi costituiti fra invalidi di guerra o all'infuori di questi, in quanto abbiano per iscopo di sollecitare dalla beneficenza privata la concessione di mezzi necessari per l'acquisto di protesi di ricambio ai mutilati di guerra.

Tutti i mutilati hanno diritto, per legge, alle protesi di riserva e di ricambio, e l'Opera nazionale è tenuta a tutte indistintamente le riparazioni e le rinnovazioni di apparecchi artificiali che occorrono al mutilato, non solo in un primo tempo, ma vita natural durante.

Le iniziative intese a sostituirsi, in questo campo dell'assistenza, all'Opera Nazionale, appaiono del tutto superflue e produrrebbero seri imbarazzi, in seguito, ai mutilati stessi.

Per la moralità nei cinematografi.

Il Ministero dell'interno ha, con una recente disposizione, vietato la proiezione cinematografica «di scene riproducenti manifestazioni di orgia sotto qualsiasi aspetto, quali a mo' d'esempio quelle che comunemente vengono riprodotte nei cosiddetti *bals tabarins*, in gabinetti particolari di ristoranti, in fumerie di oppio, in case equivoche, in locali da giuoco e in genere in tutti gli ambienti di vita traviata e di disordini, per lo più accompagnate da danze lascive, da eccesso di libazioni e da altre simili forme di dissolutezza». Con altra ordinanza lo stesso Ministero ha vietato «i soggetti e le scene riproducenti comunque azioni, ambienti, gergo, consuetudini e costumi e quant'altro concerne sotto ogni aspetto la mala vita, la teppa, la camorra, la baratteria, la mafia, la mano nera, gli «apaches», e simili forme di degradazione sociale, e ciò anche quando non si raggiunge l'estremo del repugnante, del truce»; non viene consentito «in nessuna forma e per qualsiasi ragione, che i tristi eroi della mala vita siano portati all'onore dello schermo».

La contessa Virginia della Somaglia offre 100,000 lire alla Croce Rossa.

Nel trigesimo dalla morte del compianto conte Gian Giacomo della Somaglia, presidente della C. R. I., la vedova nobile contessa Virginia, nata dei marchesi Dal Pozzo, ha voluto onorare degnamente la memoria del lagrimato consorte con la splendida offerta di lire 100,000 alla Croce Rossa Italiana per la fondazione di un ospedale per bambini tubercolosi in Roma.

La donatrice ha espresso il desiderio che la direzione dell'istituendo ospedale sia affidata al col. prof. Baduel, in ricordo dell'amicizia che lo legava al defunto consorte.

Il Comitato Ispano-Italico pro Croce Rossa Italiana.

Il Comitato Ispano-Italico di Madrid, che recentemente, d'accordo con il presidente del confratello di Roma, on. Artom, si ricostituì su più larga e solida base, donò alla Croce Rossa Italiana duemila pesetas, ora dalla presidenza della umanitaria istituzione ha ricevuto il diploma di socio perpetuo benemerito.

La conferenza internazionale per l'alimentazione.

La conferenza dei ministri e dei delegati di America, Gran Bretagna, Italia e Francia per l'alimentazione, è stata ripresa a Londra, per esaminare tutto il programma alimentare.

Congresso francese di chirurgia.

Il XXVII Congresso francese di chirurgia avrà luogo a Parigi dal 7 al 10 ottobre 1918. I tre argomenti messi all'ordine del giorno sono: estrazione dei proiettili intratoracici; cura e risultati lontani delle lesioni dei nervi da proiettili di guerra; asportazione di scheggie e riparazione delle perdite di sostanza ossea.

La mortalità fra le truppe americane.

Da una relazione ufficiale si apprende che nella settimana terminata il 26 luglio la mortalità fra le truppe americane, così combattenti come delle guarnigioni e dei campi di allenamento, fu di 1.9 per diecimila, il che costituisce un *record*.

È morto a Lecce il prof. PASQUALE POSO, libero docente di ostetricia e ginecologia presso l'Università di Napoli, aiuto alla cattedra del professor Miranda, valente studioso, abile operatore, insegnante chiaro ed efficace, generalmente apprezzato.

Indice alfabetico per materie.

Adrenalina come mezzo per prevenire e combattere le intossicazioni da arsenobenzolo . . . . Pag. 808
Alcool solidificato e suo uso in chirurgia di guerra . . . . » 807
Alimentazione maidica: reazioni immunitarie . . . . » 805
Ascesso epatico dissenterico: cura medica . . . . » 806
Atropina come mezzo diagnostico della tachicardia parossistica essenziale . . » 805
Bacillo tubercolare: colorazione . . . . » 810
Emorragia secondaria arteriosa: casistica » 797
Emorragie secondarie a ferite d'arma da fuoco: trattamento e profilassi . . . Pag. 804
Enteriti da Lamblia . . . . » 807
Medici condotti: sull'aumento di stipendio ai — . . . . » 813
Meningococciemie . . . . » 801
Pellettierina: studio farmacologico . . » 808
Riflessi pneo-pneici e pneo-cardiaci . . » 809
Sangue: colorazione . . . . » 810
Sangue: metodo semplice e rapido per prelevarne e spedirne campioni da esaminare . . . . » 808

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXV. Roma, 1 settembre 1918 Fasc. 35.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Brugnatelli: La tubercolosi nei reduci dalla zona di operazione. — **Osservazioni cliniche:** F. Bergolli: Il crepitio xifoideo nel tifo. — **Note e commenti:** D. Albano: Metodo semplice per premunirsi dalla malaria. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA SOCIALE: P. Weber: Possibili insidie nelle visite mediche per le assicurazioni sulla vita e note sulle simulazioni — MEDICINA: P. Jung: Il trattamento dell'eclampsia. — CHIRURGIA: J. B. Deaver: Di un trattamento più radicale dell'ulcera gastrica e duodenale.

Appunti di medicina pratica: SEMEIOTICA: Nicolas, Favre, Saleeu: Il segno della vetro-pressione. Contributo allo studio della diagnosi differenziale fra la tubercolosi e la sifilide cutanea. — CASISTICA: La meningite sifilitica acuta. — L'epilessia sifilitica. — TERAPIA: La vaccinoterapia specifica della dissenteria bacillare. — I fenomeni surrenali nella vaccinazione antitifica. — Le iniezioni di latte nel trattamento dei bacilliferi. — NOTE DI TECNICA: Il metodo Fontana-Tribondeau per la diagnosi delle lesioni luetiche contagiose. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia.** — **Pubblicazioni pervenuteci.**

Nella vita professionale: E. Morelli: Disservizio postale. — I medici provinciali e l'esercizio professionale. — Sempre per le promozioni degli ufficiali medici di complemento. — A proposito del caso Bossi. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Condotte e concorsi.** — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI ANAT. PATOLOGICA DELLA R. U. DI PAVIA
diretto dal prof. A. MONTI.

La tubercolosi nei reduci dalla zona di operazione.

Osservazioni anatomiche

del dottor ANGELO BRUGNATELLI,
libero docente nella R. Università di Pavia.

Su 304 autopsie di soldati osservai 72 casi di alterazioni tubercolari. Soltanto in 3 casi, in cui la morte avvenne per breve malattia acuta d'altra natura, la tubercolosi non diede segno di risveglio (tubercolosi passiva latente). In 4 casi il processo tubercolare pur essendo intensamente attivo fu considerato come reperto casuale e collaterale nel quadro anatomico complessivo (tubercolosi attiva latente).

In 15 casi l'infezione tubercolare, anche con gravi ed estese alterazioni anatomiche, sfuggì alla diagnosi clinica, in 6 casi fu sospettata con forte presunzione; in 44 casi la tubercolosi fu diagnosticata clinicamente e confermata dal reperto anatomico. L'età dei soggetti, caduti sotto la mia osservazione, va dai 18 ai 37 anni; rari al di là dei 30, più numerosi fino ai 22.

La deficienza di alcuni giudizi clinici deve attribuirsi, oltre che a condizioni particolari di tempo e di luogo, alla natura stessa delle manifestazioni cliniche della tubercolosi. Talora queste sono estremamente variabili e senza adeguate espressioni, e mutevoli a seconda che il processo decorra acuto, subacuto o cronico, che modifichi il quadro di altre malattie, che sia reso da queste attivo e progressivo, oppure quando sia modificato dallo sviluppo di una infezione mista. Ad esempio: un caso giunto con diagnosi di nefrite acuta, presentava tubercolosi polmonare ed intestinale e grave degenerazione amiloide dei reni. Ad altri casi, con diagnosi clinica di tifoide, catarro gastrico febbrile, enterocolite, polmonite, laringite, broncopolmonite, uremia, accesso asmatico, corrispondeva un reperto anatomico delle più svariate forme e localizzazioni della tubercolosi.

Per quanto sia difficile una classificazione in rapporto alla sede del processo tubercolare, data la frequente ed estesa sua diffusione, tuttavia si possono ben distinguere nelle 72 osservazioni anatomiche 7 casi di meningite tubercolare, 18 casi di tubercolosi generalizzata, 7 casi di tubercolosi osteoarticolare, 8 casi di prevalente alterazione dei gangli linfatici toraco-addominali, 5 casi di tubercolosi delle sierose a tipo misto produttivo essudativo e 22 casi di forme prevalenti nel polmone. Le alterazioni tubercolari che rappresentarono il punto di partenza della diffusione successiva dell'infezione devono attribuirsi ad epoca remota, precedente all'arruolamento. In più di un terzo dei casi si trovarono lesioni dei gangli mesenterici, ciò che accredita l'ipotesi di una tubercolosi primitiva dell'apparato digerente. In 3 casi, tra quelli di tubercolosi generalizzata, non si dimostrarono alterazioni tubercolari nell'apparato respiratorio; in 7 casi le alterazioni si fecero nell'ultimo periodo di malattia sotto forma di piccoli focolai caseopneumonici non rammolliti e di scarsissima estensione.

Le alterazioni prevalenti osservate nel polmone, ad eccezione di alcuni casi di caverne antiche, furono proprie della tubercolosi ulcerosa con incipiente formazione di caverne. Non mancarono casi dove in uno stesso polmone si verificarono alterazioni di varia forma, acute, subacute e croniche, effettuatesi per diverse vie, linfatica, bronchiale ed ematica.

La più frequente via dell'infezione tubercolare, per quanto non sia stato possibile in tutti i casi stabilirla con sicurezza, è la respiratoria. In alcuni casi ritenni probabile una infezione anche per via intestinale, per la coesistenza di adenopatie tubercolari broncotracheali e mesenteriche. In 29 casi si trovarono estese ulcerazioni tubercolari nell'intestino per autoinoculazione *ab ingestis*. Le alterazioni in blocco, spesso osservate, dei gangli tracheobronchiali da ambo i lati, senza reperto corrispondente nei polmoni, convalidano il giudizio di una infezione tubercolare avvenuta nell'infanzia, epoca in cui la tubercolosi non ha tendenza ad insediarsi negli apici polmonari.

Sebbene in tutti i casi sia stato possibile dimostrare uno o più focolai antichi di tubercolosi, il che avvalora il giudizio di un'autoinfezione, non posso escludere, in alcune osservazioni, la probabilità di una reinfezione esogena per inalazione. Infatti osservai talora estese alterazioni caseopneumoniche in ambo i polmoni, della medesima età apparente, senza trovare reperto di remote alterazioni tubercolari, alle quali far risalire la causa di una diffusione per aspirazione del processo morboso.

Risulta dall'esame anatomico e talora dalle diagnosi cliniche (le quali per quanto non corredate da nessun cenno di storia rappresentano in sintesi il concetto che il medico si è fatto di una malattia) che l'infezione tubercolare si è svolta specialmente in seguito o nel decorso di altre malattie. Tra queste il tifo addominale, l'enterocolite, le bronchiti, l'influenza. Forse e probabilmente il disagio, lo strapazzo, le sofferenze fisiche e morali ebbero la loro parte nel turbare quello stato di equilibrio risultante dalla lotta che l'organismo impegna e sostiene contro il germe e che permette al tubercoloso condizioni di vita possibili e talora più che discrete.

Non è possibile a mio parere stabilire rapporti chiari e persuasivi di relazione tra guerra, vita militare ed infezione tubercolare, se non individualizzando e tenendo calcolo di molteplici fattori.

L'influenza della vita militare e della vita di guerra deve variare e per qualità e per quantità a seconda del tipo, della forma, della sede e della estensione delle alterazioni tubercolari; secondo i luoghi, le occupazioni, il miglioramento od il peggioramento delle condizioni generali e speciali di vita ed ambiente. Se non è raro osservare tubercolosi decisamente migliorati colla vita militare e di guerra, si deve tuttavia ritenere per regola che tale vita, per il complesso delle sue esigenze, rappresenti il più squisito reattivo per mettere in evidenza la tubercolosi.

Siccome la tubercolosi spesso sfugge alla diagnosi clinica, penso che sia conveniente tener calcolo, nella statistica delle cause di morte, del reperto della necroscopia, in rapporto specialmente all'opera di previdenza e provvidenza che è doveroso attuare verso le famiglie dei colpiti.

L'errore statistico per sè stesso è parzialmente ridotto automaticamente da altri errori di diagnosi che si commettono giudicando tubercolari delle forme morbose di altra natura. Nella mia casistica di autopsie di militari non mancano casi di tifo a decorso protratto, di marasmo da sepsi, di enterocoliti dissenteriche, di ascessi ritardanti la guarigione, con diagnosi erronee di forme tubercolari.

Lo studio della tubercolosi nell'esercito proietta nuova luce sul problema della tubercolosi nella vita civile. A parte ogni altra forma di lotta antitubercolare, della cui utilità non si fa discussione, data la frequenza della tubercolosi infantile, di cui la tubercolosi dell'adulto spesso non è che una riviviscenza per cause svariate, non sempre prevedibili e sovente inevitabili, ritengo che l'opera di profilassi deve svolgersi più intensamente a difesa dell'infanzia e della fanciullezza, tenendo presente la frequenza dell'infezione per via alimentare e la localizzazione nell'apparato digerente o gangli linfatici con esso in rapporto. Gli asili ed i giardini d'infanzia, la scuola primaria, le scuole di arti e mestieri, le scuole serali elementari, gli istituti integratori della scuola primaria, i ricreatorî, gli orfanotrofi, sono o possono diventare facilmente luogo adatto per le prime constatazioni dei tubercolosi e dei predisposti, nonchè per l'insegnamento e l'educazione profilattica antitubercolare, la quale giova, anche nei casi purtroppo dubbiosi, identificandosi colla terapia. Gli insegnanti potrebbero raccogliere i primi dati, fare i primi rilievi, assumere informazioni sulle condizioni di vita e di malattia delle famiglie, richiamare l'attenzione di queste ultime sullo stato fisico dei loro figli, provocare giudizi medici, mantenendosi in rapporto con gli organismi che si occupano tecnicamente della lotta antitubercolare. Tale forma di previdenza sociale, data l'odierna organizzazione delle scuole e la conveniente preparazione del personale insegnante, già sufficientemente maturata per quanto riguarda l'igiene scolastica dall'insegnamento postmagistrale, deve riuscire poco costosa allo Stato e nel medesimo tempo pronta ed agevole nella sua funzione diretta e indiretta. Il corpo insegnante accetterà di buon animo questo nuovo sagrifizio, che eleva in un modo più tangibile la funzione e la missione sociale dell'educatore.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CROCE ROSSA N. 3 (CONTAGIOSI) - BRESCIA
direttore prof. ARTURO CAMPANI, magg. medico.

Il crepitio xifoideo nel tifo

per il dott. FRANCESCO BERGOLLI, cap. medico.

Il fenomeno curioso, designato dal Galvagni col nome di *crepitio xifoideo*, fu da lui descritto per la prima volta nel 1873. È strano il dover rilevare che da allora si occuparono di questo sintoma soltanto gli allievi della scuola di Modena: dico strano, perchè un fatto reale ed importante, come quello segnalato dal compianto clinico, avrebbe dovuto uscire dai confini della sua scuola ed essere studiato anche da altri.

Non crediamo qui il caso di ripetere quanto fu detto in proposito già largamente da Galvagni stesso e da Bernabei, nonchè molto più tardi da Campani, il quale ne ha fatto oggetto di una prima monografia riassuntiva nella *Rivista Critica di Clinica Medica* del 1916, e poi quest'anno di una nuova nota con ulteriori osservazioni originali nel *Morgagni*. Solo diremo che questa sensazione speciale di crepitio tattile, localizzata pressochè esclusivamente alla xifoide, fu dai precedenti autori trovata quasi esclusivamente nelle peritoniti croniche e nelle gravi malattie di fegato con esito per lo più mortale. Il carattere comune, sul quale insiste specialmente Campani, è quello dell'interessamento *costante* del fegato e del peritoneo.

Le spiegazioni date furono diverse: per Bernabei si sarebbe trattato di un fenomeno dovuto all'emaciazione, per la quale il grasso sottocutaneo, divenuto più libero e mobile nella trama connettivale, avrebbe dato la particolare sensazione di crepitio; Galvagni invece aveva l'impressione di bolle gassose e secondo lui l'origine appariva peritoneale piuttosto che superficiale; Campani invece preferisce ammettere che la sede del crepitio sia sottocutanea e lo ritiene legato al sistema linfatico della pelle della regione, il quale avrebbe rapporti col circolo linfatico peritoneale.

Senza entrare per ora nella discussione patogenetica, io ho creduto opportuno segnalare una serie di nuovi casi, nei quali il crepitio xifoideo fu più o meno manifesto senza che la malattia avesse carattere cronico ed ove non sempre si poteva affermare un grave interessamento del fegato e del peritoneo.

***

1. — B... C..., mitragliere, entrato il 3 ottobre 1917. Malattie pregresse: malaria, pleurite e quest'anno febbre gastrica, durata un mese e mezzo, la quale lasciò disturbi addominali,

consistenti in dolore ottuso e senso di peso all'epigastrio, stitichezza ed insonnia. La malattia attuale, iniziata il 23 settembre 1917, decorse coi caratteri soliti di una tifoide non grave: la diagnosi fu confermata dalla sieroreazione positiva all'1 : 400. Nel periodo della convalescenza il ventre cominciò a farsi tumido e teso, ed il fegato, che prima era nei limiti, divenne a poco a poco debordante di circa tre dita dall'arco e doloroso alla palpazione. Contemporaneamente a questi fatti cominciò a percepirsi un netto *crepitio xifoideo* a bolle fine, che si mantenne per una ventina di giorni e poi scomparve in seguito ad una iniezione sottocutanea alla regione xifoidea di olio canforato, mentre con una iniezione di acqua sterile non aveva subìto modificazioni. Il malato passò poi al Convalescenziario di Iseo molto migliorato, ma sempre con leggero grado di epatomegalia.

2. — C... F..., mitragliere. Entra il 2 novembre 1917. Soffrì la polmonite nel 1916. Fu per otto mesi nel Carso nel 1917, senza però aver mai sofferto febbri. La malattia presente cominciò il 24 novembre con febbre, cefalea e diarrea. Obiettivamente si nota: *timpanismo epigastrico;* milza appena palpabile; qualche rara roseola; nulla agli apparati cardiovascolare e respiratorio. La sierodiagnosi fu positiva per il tifo all'1 : 300. La temperatura si mantenne moderata, a carattere continuo, con lungo periodo anfibolico e durò 24 giorni. Nella convalescenza, a 17 giorni dall'apiressia, ebbe tre accessi febbrili a tipo terzano, preceduti da brividi e seguìti da abbondante diaforesi: da allora la milza cominciò a debordare notevolmente per poi ridursi successivamente. Ai primi di gennaio si constata notevole ingrandimento del fegato ed il sintoma del Lesieur risulta nettamente positivo. In tale epoca si riscontra il *crepitio xifoideo* in modo evidente e lo si continuò a percepire fino al trasloco dell'infermo al Convalescenziario, avvenuto il 26 gennaio 1918.

3. — N... V..., mitragliere, non ha precedenti morbosi. Entra in questo ospedale il 27 novembre 1917, già a metà della quarta settimana di malattia, ancora febbricitante, ma verso la convalescenza. Dalle descrizioni dell'ospedale ove aveva passato il resto della malattia risulta che questa ebbe un decorso nel complesso mite e senza fenomeni particolari, oltre la solita sintomatologia. Noi rilevammo soltanto notevole *timpanismo sul colon trasverso ed un leggero crepitio xifoideo.* Il fegato non ci apparve mai ingrandito; neppure si ebbero dolori spontanei o provocati alla palpazione del ventre, nè altro segno di irritazione peritoneale. La percezione del crepitio si ebbe per pochi giorni.

4. — Caporale S... A..., mitragliere, entra il 12 dicembre 1917. La storia di questo malato è particolarmente complessa ed interessante di per sè sola, indipendentemente dal sintoma che ci interessa, giacchè si ebbero molteplici complicazioni di una gravità eccezionale. La febbre durò due mesi e mezzo, con frequenti elevazioni oltre i 40°. Presentò prima una gravissima laringite, cui seguì una broncopolmonite, indi otite media con risentimento mastoideo, peritonite ed infine flebite. La diagnosi di tifo, del resto evidente, fu confermata dall'emocultura. Il *crepitio* cominciò a manifestarsi il 1° gennaio, e cioè a circa 10 giorni di distanza dalle prime manifestazioni peritonitiche, che si mantennero per una ventina di giorni e che consistettero in singhiozzo, vomito, stitichezza, *facies* ippocratica, depressione del polso, tumidezza notevolissima dell'addome, ove si poterono in seguito percepire delle resistenze a carattere cordonale, di natura non ben definibile, apparentemente solide ed immobili. Date le condizioni del ventre non si potè stabilire con esattezza il volume del fegato. Il crepitio si mantenne finchè il ventre rimase tumido. Però anche in convalescenza la palpazione dell'addome permetteva di percepire ancora residui di masse solide, specialmente nella regione periombelicale.

5. — B... F..., soldato operaio, entra il 20 dicembre 1917. Nei precedenti notiamo una malattia a carattere gastroenterico, durata 18 giorni, sofferta circa 10 anni prima. La malattia, per la quale viene ammesso da noi, iniziò ai primi di dicembre. Il decorso, coi caratteri classici di un tifo grave, confermato solo colla sierodiagnosi, essendo negativa l'emocultura, terminò colla morte il 26 dicembre, coi sintomi di una peritonite da perforazione. Il *crepitio* si rilevò al primo esame ed era scarso, con notevole dolorabilità sulla xifoide. Contemporaneamente il ventre appariva teso e *rilevato specialmente all'epigastrio.* I sintomi veri di perforazione si ebbero parecchi giorni dopo. Il fegato non era palpabile, nè apparve in verità molto ingrandito nemmeno al tavolo anatomico, dove fu confermata la diagnosi di peritonite purulenta diffusa perforativa da ileotifo.

6. — L... P..., soldato di fanteria, ammalò il 1° gennaio 1918 ed entrò nel nostro ospedale il 9 successivo. La diagnosi di tifo, già evidente per i caratteri clinici, venne confermata dall'emocultura, positiva per il bacillo d'Eberth con sierodiagnosi pure positiva all'1 : 400. Si ebbe di notevole in questo caso una grave angina pseudomembranosa streptococcica. L'addome fin dal principio era molto timpanico, ma *in modo speciale l'epigastrio*, con *netto crepitio xifoideo* e dolorabilità sulla porzione superiore del retto addominale destro, nonchè succulenza dei tessuti alla base del torace. Il fegato risultò solo leggermente ingrandito alla percussione. Il crepitio durò 7 giorni, poi scomparve contemporaneamente alla diminuzione della tensione addominale.

7. — B... A..., soldato di fanteria, entra il 9 gennaio 1918, al principio della quarta settimana di malattia: la diagnosi, che non lascia dubbio per le numerosissime roseole, splenomegalia ed epatomegalia, gorgoglio, ecc., viene poi confermata anche dall'emocultura positiva per il para A. Fu durante l'ultimo periodo di malattia che si constatò il *crepitio xifoideo a poche e rare bolle* al lato sinistro dell'appendice. Aggiungiamo che il fegato, già debordante al principio, era in ultimo aumentato moltissimo, sino ad oltrepassare di tre dita l'arcata costale, e che il ventre, ovunque teso e tumido, lo divenne poi *specialmente all'epi-*

gastrio. Praticata un'iniezione sottocutanea di olio sterile nella sede del crepitio, si ebbe scomparsa temporanea del fenomeno, che riprese dopo, quantunque in bolle più piccole.

8. — C... A..., soldato del genio, viene ammesso in questo ospedale il 10 gennaio 1918, già in quarta settimana di malattia ed in condizioni gravi. È gracile, pallido e cianotico. Ha l'addome tumido, *rilevato all'epigastrio*, dolente alla pressione dell'attacco superiore dei due retti. Netto il *crepitio xifoideo*. Segni dubbi di raccolta liquida nell'addome. Il fegato sembra debordante. Il decorso è rapidamente mortale, con profuse enterorragie e sintomi di tossiemia tifica. Però nell'ultimo periodo la tumidezza dell'addome scomparve quasi totalmente e con essa scomparve pure il crepitio xifoideo. L'emocultura fu positiva per il tifo. All'autopsia si riscontrò: peritonite da propagazione con scarsa raccolta liquida ed ulcerazioni intestinali tifiche.

9. — B... R..., mitragliere, entra il 17 gennaio 1918, in seconda settimana di malattia, la cui natura viene tosto confermata dall'emocultura positiva per il tifo. L'andamento divenne presto oltremodo grave, con iperpiressie pressochè continue e precoci decubiti sacrali, che oscurarono assai il prognostico. Il fegato era palpabile fin dalla prima visita; poi aumentò ancora di volume. Percepimmo la prima volta *un leggero e fugace crepitio xifoideo* il 20 gennaio; 10 giorni dopo poi era divenuto *evidentissimo*, mentre l'addome si era fatto molto timpanico *con tumidezza epigastrica*. Ciò nel periodo di gravità estrema. Si ebbe poi un miglioramento relativamente rapido usando la cura che è largamente esperimentata in questo ospedale delle iniezioni endovenose di siero. Del pari diminuì, poi scomparve, il crepitio xifoideo.

10. — L... E..., mitragliere, viene ammesso in questo ospedale il 9 febbraio 1918. Fece una broncopolmonite a 15 anni. Da militare ammalò il 29 settembre 1917 con febbri, che durarono 12 giorni, senza brividi e che furono sospettate di natura malarica. Aggiunge che da quando è sotto le armi va soggetto a turbe gastroenteriche con diarrea e disappetenza. La malattia presente esordì il 27 gennaio con cefalea intensa, febbre, nausea, diarrea. È individuo di costituzione normale, sufficientemente nutrito. Presenta roseole numerosissime, diffuse anche agli arti. Cavo orale e faringeo arrossati e ricoperti da muco e croste. Addome tumido, specie all'epigastrio, che si presenta *bombé. Spiccato il crepitio xifoideo*, che si avverte alla punta dell'apofisi ensiforme ed anche un po' inferiormente ad essa. La milza deborda due buone dita, e così pure il fegato. Leggera ipofonesi alla base destra con qualche rantolo. Lesieur positivo. La diagnosi di tifo si imponeva clinicamente per quanto l'emocultura e la sieroreazione risultassero negative. Nei giorni seguenti, coll'appianarsi della tumidezza all'epigastrio e col diminuire dell'epatomegalia, il crepitio si fece scarso, poi scomparve completamente il 15 febbraio. Il 18 febbraio il soggetto è apiretico.

11. — Il carabiniere B... V..., entrato il 20 febbraio 1918, è ammalato dal 13 febbraio. La malattia iniziò con cefalea, nausea, tosse, febbre con brividi e sudori. All'esame si rileva: numerose roseole diffuse anche agli arti, lingua e cavo orale molto aridi, addome un po' *tumido e timpanico* all'epigastrio, milza debordante di un dito, fegato nei limiti, oliguria. L'analisi dell'urina dimostrò presenza di albumina in discreta quantità ed alcuni cilindri granulosi. Il 7 marzo si percepiva nettamente il *crepitio xifoideo* a piccole bolle e lo si seguitò a rilevare per una settimana. Il periodo febbrile durò 25 giorni con temperature molto elevate a tipo continuo. La sierodiagnosi al secondo esame fu positiva per il tifo al titolo dell'1: 100.

12. — Il soldato M... A..., accolto il 22 febbraio 1918, è ammalato dal 17 dello stesso mese. È individuo robusto, piuttosto congesto in volto. Si rileva: scarse roseole alla base del torace ed all'addome, Filippowitc manifesto, polso dicroto, ventre meteorico, alvo diarroico, fegato debordante di un dito, la milza di due; fatti di broncopolmonite ipostatica; delirio agitato prolungato. L'analisi dell'urina rivela abbondante albumina e nel sedimento numerosi cilindri epiteliali, ialini e granulosi e qualche globulo bianco. Il 3 marzo si constata l'esistenza di netto *crepitio xifoideo* a grosse bolle, più evidente dal lato destro dell'apofisi ensiforme, il quale si mantenne per circa 10 giorni. La febbre, in principio molto elevata, fu a tipo continuo, con defervescenza prolungata e lenta. La diagnosi clinica di tifo si imponeva, nonostante che i ripetuti esami del sangue siano risultati negativi.

***

Dallo studio dei casi che ho esposto risulta che realmente con una grandissima frequenza, molto più che nella percentuale solita che si suole avere nel tifo, il fegato era ingrandito poco, molto o moltissimo, e che pure frequenti furono i segni di irritazione peritoneale. E però l'andamento acuto ed acutissimo della malattia in tutti i casi è del pari innegabile. Non si può quindi confermare in via assoluta la necessità di un andamento morboso lento perchè si verifichino le condizioni del crepitio.

Inoltre, benchè solo due volte, abbiamo rilevato il fenomeno anche mancando ogni segno esterno di ingrandimento epatico o di peritonite. Indubbiamente il crepitio xifoideo è molto più tipico e più abbondante nelle forme di polisierosite cronica o nelle cirrosi con ascite, ma ciò non scema l'importanza del reperto anche, direi quasi, rudimentale in certe forme addominali acute, come il tifo.

Aggiungiamo che *costantemente*, quando si verificò il crepitio, il ventre era tumido all'epigastrio, sicchè decombendo l'ammalato in posizione supina, la linea xifo-ombelicale trova-

vasi di parecchio più alta dell'apofisi ensiforme.

Inoltre dobbiamo porre in luce l'osservazione costante che quando per conformazione speciale anatomica l'appendice è piccolissima, oppure incassata fra gli archi costali che fanno con essa un angolo molto acuto, non si riesce mai a riscontrare il crepitio, anche se sussistono le altre condizioni.

Infine l'esperienza da noi fatta coll'iniezione sottocutanea di sostanze oleose porta un contributo, se non altro, al problema della sede. Infatti, se si trattasse di un crepitio peritonitico, non vi sarebbe ragione che esso scomparisse introducendo dell'olio nel cellulare sottocutaneo, perchè il piccolo aumento di spessore con ciò verificantesi non potrebbe essere certo tale da impedire la percezione di un fenomeno che avesse sede nel cul di sacco peritoneale. Il fatto poi che l'iniezione di acqua distillata non basta a far scomparire il fenomeno per parecchio tempo, è dovuto al rapidissimo riassorbirsi dell'acqua stessa, mentre le sostanze oleose, come si sa, hanno un assorbimento molto più lento.

Ma le mie osservazioni mettono in luce anche un'altra circostanza, prima non rilevata, e cioè che il crepitio si produce quando si forma un dislivello fra l'epigastrio e la xifoide. Basterà da sola questa circostanza a generare il fenomeno per ragioni meccaniche? Certo, questo non è possibile ammettere, perchè, se così fosse, il crepitio dovrebbe verificarsi anche nella gravidanza, nei cistomi ovarici e negli obesi, cosa che non fu mai rilevata. Del resto, l'osservazione nostra collima, per quanto in campi diversi, con ciò che notò Campani, il quale nelle asciti vide che il crepitio scompariva poco dopo la paracentesi, e quindi, aggiungiamo noi, quando l'epigastrio si abbassava in confronto della xifoide, per riapparire poi col riformarsi della raccolta in quantità sufficiente, scomparendo infine coll'eccessiva tensione dell'addome, allorchè il liquido riempiva quasi tutta la cavità.

È quindi necessaria la combinazione di parecchi fattori, dei quali certo quello che adesso abbiamo segnalato non può essere il meno importante.

Pure avendo riportato i casi nei quali si notava il crepitio benchè mancassero l'epatomegalia o sintomi peritoneali, non possiamo tuttavia disconoscere che la malattia stessa, ove noi abbiamo per primi constatato il sintoma del Galvagni, è tale che anche nelle forme lievi, salvo che eccezionalmente si potesse fare uno studio anatomico, non si possono escludere alterazioni o al peritoneo od al fegato.

Quindi rimane pur logica l'ipotesi sostenuta da Campani, indipendentemente dalla natura fisica delle bollicine, che la causa prima debba risiedere in un'alterazione del circolo linfatico d'origine profonda, benchè a sede cutanea. Che dette modificazioni si possano poi avere nel tifo, malattia eminentemente linfatica, almeno secondo le vedute della maggioranza degli autori, appare più che logico.

Noi poi abbiamo anche osservato non di rado nei tifosi un certo stato di succulenza dei tessuti alla base del torace, della qual cosa forse avremo occasione di parlare in altra nota.

Le conclusioni alle quali possiamo arrivare dalle nostre osservazioni sono le seguenti:

1° Il crepitio xifoideo di Galvagni si può verificare anche in malattie addominali ad andamento acuto, come il tifo.

2° Quando ciò avviene vi è con grande frequenza aumento di volume del fegato, oppure peritonite o peritonismo.

3° In tutti i casi l'epigastrio appare molto sollevato sul livello della xifoide.

4° La sede del crepitio è certamente nel cellulare sottocutaneo, però l'origine sua molto probabilmente è viscerale profonda, dal fegato o dal peritoneo.

5° L'ipotesi che sembra più probabile è che si tratti di turbe nel circolo linfatico.

Certo, per la spiegazione completa del fatto occorrerebbero metodiche ricerche anatomiche.

NOTE E COMMENTI.

Metodo semplice per premunirsi dalla malaria.

Riceviamo:

Pignola (Potenza), 19 agosto 1918.

Gentiliss. Direttore del « Policlinico »,

Ora che tanto si parla e si discute sullo sviluppo della malaria nel nostro bel Paese, non credo superfluo accennare ad un semplice mezzo per preservarsi dal morso delle anofele: basta spalmarsi le parti scoperte della pelle con vaselina una volta al giorno ed anche ogni due giorni per dormire sonni tranquilli, chè le zanzare non si avvicinano affatto, anzi se ne tengono ben lontano.

Si potrebbe anche aggiungere alla vaselina qualche essenza, ma io personalmente la usai semplice in luoghi dove le zanzare sono a miriadi e sempre con lo stesso ottimo risultato.

Con ossequi,

Dott. DOMENICO ALBANO.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA SOCIALE.

Possibili insidie nelle visite mediche per le assicurazioni sulla vita e note sulle simulazioni.

(Discorso all'Associazione dei Medici delle Assicurazioni del Presidente PARKES WEBER, Londra).

Esempi di malattie che possono sfuggire all'esame per l'assicurazione-vita.

Aumentata pressione arteriosa con o senza reni granulosi. — È certamente facile non accorgersi ad una sola visita di un caso di ipertensione se non si adopera lo sfigmomanometro, anche quando la pressione arteriosa raggiunge i 190 ovvero 200 mm. della colonna di mercurio.

In questi casi si corre il grave rischio di una morte prematura per cause come emorragia cerebrale, ecc. In molti casi le urine ripetutamente esaminate dimostrano assenza di albumina e di cilindri, ovvero in seguito a centrifugazione si possono riscontrarvi uno o due cilindri jalini, i quali si possono qualche volta trovare anche nelle urine di persone sane. In questi casi anche l'esame oftalmoscopico può non mostrare alcunchè di anormale. Il cuore può non apparire ingrandito ad un esame ordinario specie in soggetti grassi e corpulenti, inoltre la presenza di un moderato enfisema polmonare può mascherare l'ipertrofia del ventricolo sinistro.

Malattie del miocardio e delle arterie coronarie del cuore in soggetti sifilitici. — I casi di queste malattie nello stadio iniziale, senza il racconto dei sintomi subbiettivi, possono sfuggire ad una visita per assicurazione vita. Si aggiunge che l'assicurando può tacere una sifilide pregressa, e la reazione di Wassermann molto probabilmente non si esegue. Un primo attacco di *angina pectoris* può essere fatale. Altri gravi sintomi di miocardite possono svilupparsi all'improvviso in individui giovani e di media età.

Qualche volta considerevole area di parete cardiaca può andare incontro a degenerazione per impedito afflusso di sangue arterioso e si può avere probabilmente di preferenza la morte improvvisa prima che si sia sviluppato un vero aneurisma cardiaco.

Tumori maligni del torace e dell'addome. — Nel primo periodo del loro sviluppo possono sfuggire ad un solo esame. Sintomi connessi ad un'ordinaria dispepsia possono rappresentare l'inizio di cancro dello stomaco. In alcuni casi la persistente assenza di acido cloridrico libero nel contenuto dello stomaco dopo una colazione di prova può rappresentare un prezioso sintomo della natura del caso, quantunque si deve ammettere che l'acido cloridrico libero è probabilmente assente nelle affezioni di natura non maligna più di frequente di quanto ordinariamente si suppone.

Non deve sorprendere se nei casi di dimostrata buona fede si renda necessaria un'operazione per tumore maligno dei visceri addominali non molto tempo dopo l'ingresso in assicurazione-vita, anche quando non vi era alcun sospetto di presenza di tumore al momento dell'esame per l'assicurazione.

Malattie delle glandole surrenali. — L'ipernefroma maligno può sfuggire ad un primo esame. La tubercolosi con degenerazione caseosa in una o tutte e due le glandole surrenali non si riconosce anche se vi sono i sintomi di astenia, finchè non si sviluppa la caratteristica pigmentazione cutanea della malattia di Addison.

L'autore riporta un caso di morbo di Addison latente che egli osservò nel 1899. Individuo di 24 anni che soffriva di attacchi di febbre giudicati di natura influenzale, era affetto da pleurite alla base sinistra e accusava notevole debolezza. Fu esaminato da parecchi medici e gradualmente migliorò. Nel 1901, in una gita di caccia in India, fu colto da un attacco di malaria e fu mandato alla stazione montana di Darjeeling. Quivi egli accusava una grande astenia senza febbre ed ebbe degli attacchi di sincope, in uno dei quali morì. Durante la permanenza in India era stata notata della pigmentazione, non però durante la malattia in Inghilterra. Alla necroscopia risultò che le glandole surrenali contenevano del materiale giallo caseoso e placche calcaree. L'autore ritiene che la causa dell'astenia accusata durante la malattia in Inghilterra fosse il morbo di Addison latente, da cui certamente l'individuo doveva essere affetto quando fu assicurato per forte somma ed a tariffa ordinaria da una grande Compagnia di Assicurazione Inglese prima della malattia suddetta.

La cirrosi del fegato. — È alcune volte molto difficile a diagnosticarsi specialmente nelle persone grasse o in apparente buona nutrizione, con pareti addominali spesse che rendono difficile la palpazione del fegato o della milza. In questi casi la malattia, sebbene abbia avuto origine alcoolica come di ordinario, può decorrere non solo silente, ma può essere allo

stato latente. Quando le pareti addominali sono sottili o flaccide, il fegato indurito sembra generalmente ingrandito alla palpazione, anche quando esso è in realtà più o meno atrofico. Evidentemente la posizione del fegato è cambiata in questi casi, poichè il margine abbassato si può abitualmente palpare al disotto dell'arcata costale. Si può anche riscontrare un lieve ingrandimento della milza e una occasionale tinta subitterica delle congiuntive, e forse, quando è presente, un'orina fortemente colorata e un eccesso di urobilina nelle urine, ciò che serve a facilitare la diagnosi.

Tumore splenico. — Ogni medico esaminatore conosce le difficoltà diagnostiche innanzi ad un lieve tumore cronico di milza, il quale non sia dovuto a malaria. L'autore suppone che alcun candidato all'assicurazione-vita possa essere accettato avendo un grosso tumore di milza, di qualunque natura esso sia. Richiama l'attenzione su certe rare classi di casi di splenomegalia. Un giovane, uomo o donna, è colto all'improvviso da forte dolore alla parte alta dell'addome, qualche volta accompagnato temporaneamente da febbre e da lieve ascite. L'ascite scompare presto, ma si riscontra la milza ingrandita e segni di lieve anemia. Il dolore passa, il paziente si sente bene e può non esservi traccia di anemia, ma persiste più o meno ingrandito il tumore di milza. In alcuni casi vi può essere lieve ematemesi. In seguito il paziente può sembrare e sentirsi bene come una persona sana, nonostante la persistenza della splenomegalia. Dopo un anno o due l'esame del sangue non fa rilevare altro di anormale che una moderata leucopenia. Per l'aspetto clinico del caso in questo periodo l'autore ha suggerito il termine « anemia splenica senza anemia ». Presto o tardi si può presentare una grave ematemesi, e si può far diagnosi di anemia splenica di Banti, ma in questa classe di casi l'esame *post mortem* dimostra che la causa reale del tumore di milza, dell'ematemesi, ecc., è una lieve pileflebite adesiva con ostruzione delle vene porta e splenica.

L'ostruzione al ritorno del sangue dalla milza può essere compensata e la malattia può rimanere allo stato latente per lungo tempo, ma possono accadere nuovi attacchi di trombosi nella vena porta, per cui si stabilisce la completa ostruzione.

Vi può essere o mancare una storia di traumatismo all'inizio della malattia e l'etiologia della tromboflebite in questi casi non ha una spiegazione soddisfacente.

Tubercolosi polmonare. — Sono ben noti i danni derivanti dal non diagnosticare la presenza di una tubercolosi polmonare iniziale ad un singolo esame per l'assicurazione-vita, specialmente quando per una ragione o per un'altra l'esame medico è alquanto affrettato o incompleto. Casi iniziali non sono sempre casi di tubercolosi polmonare molto benigni. Indipendentemente dalla nutrizione generale e costituzione (e possibilmente della storia famigliare) non vi sono dati che a prima vista aiutino a formarsi una opinione circa il probabile progresso della malattia, o la probabile efficacia delle ordinarie misure igieniche e terapeutiche. Mentre in vecchi casi e dopo che la malattia è stata in osservazione per un tempo considerevole, la resistenza del paziente è stata più o meno valutata. Quando una persona non è nel periodo avanzato della malattia, anche quando questa ha progredito considerevolmente, il potere della resistenza e del compenso gradualmente acquistato può dimostrarsi meraviglioso. Un uomo può essere lentamente « insidiato per tutta la vita » dalla malattia e arrivare perfino ad età avanzata. La malattia, quantunque molto avanzata e dopo la formazione di estese caverne, ha una sosta, può alla fine diventare completamente silente o appena percettibile e la morte può avvenire per altre cause.

L'autore racconta di aver visitato nel settembre 1909 un signore con segni di estesa caverna del lobo superiore del polmone sinistro. Egli aveva 67 anni, sembrava più giovane e raccontava che la caverna al lobo superiore del polmone sinistro si era formata all'età di 16 anni, dopo un attacco di morbillo. A 38 anni di età ebbe un cattivo « raffreddore », per cui la tubercolosi polmonare divenne nuovamente attiva. Da quel tempo viaggiò molto in Egitto, a Malta, nelle Indie, a Madera, ecc. Morì a Pau nel gennaio 1913, all'età di 70 anni.

Diabete mellito. — La ragione per cui diabetici sfuggono alla visita per l'assicurazione-vita molto probabilmente si deve riporre nella negligenza o nell'errore all'esame delle urine, ma non si deve dimenticare che si può temporaneamente col moderno trattamento dietetico rendere l'urina esente da zucchero in casi di giovani pazienti (spesso apparentemente ben nutriti), precisamente quelli che sono quasi certi di morire prematuramente per coma diabetico.

L'autore crede che questi casi possono sfuggire se fraudolentemente si fanno visitare per l'assicurazione-vita, dopo un preparatorio trattamento dietetico. Nel 1909, dopo l'introduzione del trattamento del diabete mellito col metodo dietetico di Allen (« riposo alimentare »), in un

caso grave l'autore ottenne che l'urina fosse temporaneamente esente da zucchero nel seguente modo:

Donna di 23 anni ricoverata all'ospedale: la quantità di zucchero nelle urine fu ridotta, mediante la dieta, a circa 70 grammi nelle 24 ore.

Il 10 settembre 1909 la dieta fu temporaneamente limitata a 200-300 grammi di olio d'oliva al giorno, con quanta acqua l'ammalata desiderasse e con una pillola di fosfato di codeina (che l'ammalata prendeva tre volte al giorno).

Il risultato di questo « mascherato digiuno » fu la scomparsa completa dello zucchero dalle urine il 12 settembre. Il 13 settembre l'autore ordinò il ritorno alla dieta che l'inferma aveva precedentemente per il suo diabete, ed il giorno successivo le urine contenevano il 4.5 % di zucchero. Durante la dieta di esclusivo olio d'oliva l'inferma non aveva il senso della fame, nè la sensazione di morire di fame. Una o due volte, essa diceva, l'olio determinava lieve senso di nausea, ma essa aveva un aspetto buono e la sua abituale complessione alquanto florida. Perdè circa 4 libbre in peso. Essa non era emaciata, e in complesso guadagnò in peso durante la permanenza all'ospedale.

Questo era certo un caso grave di diabete mellito, e più tardi la p. morì per coma diabetico; pur tuttavia, se un medico di assicurazione-vita l'avesse esaminata quando lo zucchero era scomparso, sarebbe stato ingannato.

Sifilide e cosiddetta parasifilide del sistema nervoso. — Alcuni ritengono che la sifilide nervosa sia diventata relativamente più frequente dopo la introduzione del metodo di cura col salvarsan e neosalvarsan. Il siero di sangue ed il liquido cerebro-spinale dei candidati all'assicurazione-vita sono naturalmente molto di rado o mai esaminati con la reazione di Wassermann, ed è possibilissimo che persone sicuramente sofferenti per cefalea, ecc., dovuta all'iniziarsi di una sifilide nervosa, possano occasionalmente essere accettate per l'assicurazione-vita. Future statistiche di grandi Compagnie di assicurazione e le cause di morte di precoci sinistri certamente lumeggeranno questa questione. Similmente alcune volte possono essere accettate inconsapevolmente in assicurazione persone con tabe dorsale o paralisi progressiva iniziale, specialmente se non è stata dichiarata la sifilide pregressa.

L'autore dubita che siano sempre sufficientemente esaminati nelle visite mediche per l'assicurazione-vita i riflessi pupillari di Argyll-Robertson e i riflessi patellari.

Ma occasionalmente i riflessi patellari possono non provocarsi dopo parecchi e ripetuti esami in individui nevrastenici, ed anche in persone che godono apparentemente buona salute.

Si deve riconoscere che i sintomi tabetici, come i dolori tabici, le parestesie tabiche, le crisi gastriche e i disturbi urinari tabetici, sono frequentemente attribuiti ad altre cause.

Si può notare, peraltro, che i malati di tabe dorsale possono vivere per lungo tempo, e in alcuni casi le Compagnie di assicurazione-vita non perderebbero se tabetici fossero accettati per sbaglio. I tabetici in cui l'atrofia del nervo ottico si manifesta al principio della malattia frequentemente sembra che abbiano una forma relativamente mite della malattia sotto altri rispetti, tanto che in Francia all'epoca di Charcot si parlava di una specie di « tabe dorsale arrestata dalla cecità », cioè a dire una classe di tabici dichiarati di cui i sintomi (cioè il progresso della malattia) sarebbe arrestato da, o piuttosto dopo, lo sviluppo dell'atrofia del nervo ottico.

Simulazioni. — L'autore richiama l'attenzione sulle simulazioni nelle assicurazioni-infortuni e dei lavoratori. Sono difficili a scoprirsi le combinazioni di sintomi simulati con i veri. Spesso sono associate le malattie funzionali del sistema nervoso e la simulazione delle malattie organiche. L'autore ha riscontrato, specialmente in giovani donne con stati psichici anormali, affezioni artificiali della cute. Vi sono poi le simulazioni dei prigionieri di guerra allo scopo di essere rimpatriati.

L'autore riporta alcuni casi di simulazione.

(Dal *British Medical Journal*, n. 2980, 9 febbraio 1918). Dott. I. ROMANELLI.

MEDICINA.

Il trattamento dell'eclampsia.

(PH. JUNG. *Deutsche Med. Woch.*, n. 8, 1917).

L'eclampsia, che, secondo le nostre conoscenze presenti, è ritenuta come un'intossicazione proveniente dall'uovo, rappresenta una delle più gravi malattie della gravidanza, del parto e del puerperio. Essa, che ha raggiunto la mortalità quasi del 40 % nei casi non curati, varia secondo i paesi; sicchè il medico pratico, secondo i vari luoghi, ha potuto constatarla raramente o frequentemente. Più spesso ne son colpite le primipare, a preferenza durante il parto, più di rado nella seconda metà della gravidanza, pochissime volte nel puerperio; eccezionalmente la si è constata nella prima metà della gravidanza e quasi mai nella gravidanza tubarica.

I sintomi sono ben noti: contrazioni cloniche

con conseguente perdita della coscienza; talora limitate contrazioni seguite da perdita di coscienza di lunga durata e talvolta anche dalla morte. Per quanto riguarda il trattamento sono di grande importanza i segni prodromici: prima ancora della comparsa delle contrazioni possono constatarsi albuminuria, edemi, cefalee, deliqui, disturbi visivi fino all'amaurosi completa.

Il trattamento dell'eclampsia non è affatto semplice e richiede una cura pratica ed intelligente non solo, ma anche alcune disposizioni, che possono ottenersi per lo più in ospedale, quasi mai nelle abitazioni private; nè è sufficiente che il medico visiti l'ammalata una volta al giorno, poichè sono così variabili ed istantanee le manifestazioni morbose, che il medico deve esser pronto e sollecito ad intervenire secondo l'urgenza del caso. Ne segue che la maggior parte dei casi di eclampsia vengono curati negli ospedali. Per il trasporto è necessario provvedere: 1° a che sia possibilmente diminuita la eccitabilità del sistema nervoso centrale, ciò che si ottiene mediante l'iniezione di morfina (0.02) poco prima del trasporto stesso; 2° che si eviti che l'ammalata possa farsi del male durante gli accessi convulsivi. L'ammalata dovrebbe essere accompagnata dal medico stesso o per lo meno da una persona capace (dalla levatrice, ad esempio), col massimo riguardo, meglio in barella od in automobile, evitando per quanto è possibile le scosse, non in treno, specialmente per le lunghe distanze.

Nell'ospedale l'ammalata dovrà essere isolata in camera per quanto sia possibile lontana da rumori e tenuta al buio, senza sonerie elettriche; il personale userà scarpe che non faccian rumore; non sarà permessa alcuna visita dei parenti e l'inferma dovrà esser messa in condizione da non poter farsi del male durante l'accesso.

Fino a pochi anni fa era di regola il sollecito intervento, anche con grandi operazioni (taglio cesareo, colpoisterotomia), oggi invece si segue generalmente il metodo conservativo di Stroganoff e di v. Veit mediante i narcotici (morfina ed idrato di cloralio) insieme ai generosi salassi e all'ipodermoclisi, metodo che ha ridotto la mortalità al 5-6 %. L'A. a tal riguardo riferisce le sue vedute per la personale sua esperienza. Nel caso che il parto è già tanto progredito, da poter essere facilmente espletato, si eseguirà l'estrazione del feto sotto la narcosi, secondo il caso (forcipe, estrazione allo estremo del bacino, rivolgimento, ecc.); se poi il parto non si è ancora iniziato o non v'è alcuna preparazione delle parti molli, è da seguire il metodo conservativo. Se, nelle ultime ore prima che l'ammalata sia accolta in clinica, si è eseguita un'iniezione di morfina, è prudente di non adoperare altri narcotici; se invece è trascorso un certo tempo, si potrà ripetere un'iniezione (0.01 di morfina) e dopo 2 ore dare per clistere g. 2 di idr. di cloralio: se l'ammalata non ha avuto alcuna iniezione, allora si potrà seguire il metodo di Stroganoff:

All'inizio della cura: morfina 0.015; dopo 1 ora idr. di cloralio 2.0 per via rettale; dopo 3 ore morfina 0.015; dopo 7 ore idr. di cloralio 2.0 per via rettale; dopo 13 ore idr. di cloralio 1.5 per via rettale: dopo 21 ore idr. di cloralio 1.5 per via rettale.

Nel caso continuassero gli accessi o si rendessero più intensi si potrebbero diminuire gli intervalli consigliati dallo Stroganoff, come si potrebbero sospendere le ultime somministrazioni del cloralio quando siano cessati gli accessi e la coscienza sia ritornata. In ogni caso bisogna guardarsi dal sospendere i narcotici troppo presto. All'inizio della cura si eseguirà il salasso della v. cubiti (400-500 cmc.) e per la stessa cannula si inietteranno 500 cmc. di soluzione fisiologica o di quella di Ringer. Si farà a meno del salasso se si è intrapreso qualche atto operativo per cui la donna abbia perduto gran quantità di sangue. Prima l'A. ha ritenuto di ricorrere al salasso ed all'ipodermoclisi nei casi in cui vi era polso frequente e teso con elevata pressione; ma posteriormente, in seguito alla sua esperienza, ha dovuto modificare questo concetto, eseguendo il salasso e l'ipodermoclisi anche con polso piccolo e frequente e con pressione non elevata; solo quando vi è bassissima pressione e polso frequente, sospende il salasso limitandosi all'ipodermoclisi. Con questo metodo si è vista cessare l'eclampsia anche nel periodo della gravidanza, la quale ha potuto proseguire normalmente. Anche dopo la guarigione l'ammalata dovrà esser sorvegliata, poichè non è raro si verifichino in seguito altri accessi, ed in questo caso l'A. consiglia l'intervento anche con atti operativi d'importanza, ritenendo difficile di vedere sparire per la seconda volta gli accessi eclamptici ed essendo la donna in grave pericolo; talora anche espletando il parto, non si riesce a salvare l'ammalata.

Quando, in seguito all'intervento od anche al metodo di Stroganoff, cessano gli accessi eclamptici, molto si sarà guadagnato e poco a poco ritornerà la coscienza, però l'ammalata avrà bisogno per molti giorni ancora delle più diligenti cure; occorrerà sorvegliare attentamente lo stato del cuore, perchè, anche cessati gli accessi, persiste una diminuzione dell'attività cardiaca. E secondo lo stato del cuore si

potrà con una certa probabilità stabilire la prognosi favorevole se il polso è ampio, poco frequente; sfavorevole se è piccolo e frequente. Se vi è debolezza cardiaca anche lieve si ricorra ai cardiaci, al digalen, alla canfora, allo strofanto.

Sarà anche necessario rivolgere l'attenzione allo stato dei reni. Nella eclampsia raramente manca l'albuminuria, spesso esiste una grave nefrite con enorme quantità di albumina, oliguria, anuria, edemi diffusi delle estremità, dei genitali, del viso e gravissimi disturbi visivi, che possono anche dar luogo ad amaurosi totale (*Retinitis albuminurica*).

Quando si riteneva la nefrite come causa e non come conseguenza dell'eclampsia (secondo il concetto odierno) si adoperavano tutti i mezzi curativi di essa; ma oggi questi si reputano inutili essendosi osservato che i fenomeni nefritici vanno scomparendo a misura che l'eclampsia si avvia alla guarigione; sicchè le ultime tracce di albumina poco a poco spariscono ed è assai raro che perduri una nefrite cronica. Volendo però si potrebbe, anche nel periodo convulsivo dare il digalen o la diuretina per via ipodermica.

Fra le complicanze dell'eclampsia ricordiamo le estese apoplessie cerebrali, quasi sempre mortali; nei casi più lievi possono verificarsi delle paralisi emilaterali per le quali si potrà fare più tardi una cura sintomatica.

Importanti e frequenti complicanze sogliono verificarsi da parte dei polmoni, polmonite *ab ingestis*, che si determina per la somministrazione di sostanze liquide e che, con la bronchite e la bronco-polmonite, rappresenta una delle più pericolose complicanze.

La nutrizione delle eclamptiche durante lo stato di incoscienza non sarà mai fatta *per os*, nè è conveniente servirsi della sonda gastrica per la possibilità che essa provochi nuovi accessi. Si potrà incominciare a somministrare delle sostanze liquide solo quando sia ritornata la coscienza e, se vi è in atto la nefrite, si prescriva una dieta di latte e vegetali, come il semolino, il riso, ecc. Come bibite, oltre al latte, si possono dare: sugo di frutta, di limone, di lampone ed acque minerali alcaline.

L'amaurosi ha in generale una prognosi benigna cessando a misura che va scomparendo la nefrite.

La glossite e la stomatite che seguono alle lesioni della lingua saranno curate con i mezzi comuni, di rado è necessario un intervento chirurgico.

La prognosi dell'eclampsia, anche nei casi lievi, è riservata, ed in rapporto alla durata degli accessi e della perdita della coscienza, sempre sfavorevole quando persistono, insieme al coma, gli accessi convulsivi; è sempre un cattivo segno poi il polso piccolo e frequente. Talora, pur cessando gli accessi e ritornando la coscienza, le ammalate soccombono per lo stato di intossicazione generale (eclampsia senza accessi convulsivi).

Non essendo ancora nota la vera causa dell'eclampsia, la cura è sempre e solamente sintomatica; pertanto è necessario di riconoscere a tempo i primi segni della malattia ed iniziare un trattamento profilattico prima che insorgano le manifestazioni iniziali e il dolor di testa, le vertigini, i disturbi visivi. A tal'uopo è prudente eseguire spesso, ogni 2 o 3 settimane, l'analisi dell'urina nella prima gravidanza e sospettar sempre la possibilità dell'eclampsia quando si constati la presenza di albumina ed in quantità sempre crescente, ed in tal caso far mettere a letto la donna e prescrivere una rigorosa dieta latto-vegetale. Se poi, ciò malgrado, la quantità di albumina si rende rilevante, non occorre perder tempo a provocare il parto prematuro onde evitare la possibilità dell'eclampsia.

Una donna, che sia già guarita una volta dell'eclampsia, non se ne riammala quasi mai più nelle successive gravidanze, sicchè pare acquisti una autoimmunizzazione. Ciò vale a render tranquilli coloro i quali vorrebbero evitare un nuovo concepimento per paura dell'eclampsia, che solo in casi rarissimi potrebbe verificarsi.

DE CHIARA.

CHIRURGIA.

Di un trattamento più radicale dell'ulcera gastrica e duodenale.

(JOHN B. DEAVER. *Annals of Surgery*).

È ormai noto che l'ulcera duodenale è più frequente della gastrica; e sono sue sedi in ordine di frequenza: la parete anteriore e laterale della prima porzione del duodeno; la parete posteriore di questo stesso tratto; la parete interna o pancreatica della seconda porzione del duodeno.

Nel primo caso e se l'ulcera è piccola l'A. usa esciderla vicino al suo imbocco nell'intestino, richiudere il duodeno e praticare una gastroenterostomia posteriore. Se invece l'ulcera è grande, amputa il duodeno al disotto della lesione, escide il piloro e fa ancora una gastroenterostomia posteriore, e la stessa tecnica usa nel caso di ulceri della parete posteriore e non troppo aderenti alla parete addominale, sì che sia possibile esteriorizzare il duodeno.

Quando l'amputazione del duodeno cade così vicino alla testa del pancreas, da rendere impossibile la inversione e la sutura a borsa di tabacco, l'A. usa uno di questi due metodi: 1° dissecare la parete interna del duodeno dal tessuto pancreatico e quindi praticare la borsa di tabacco rinforzandola con un lembo omentale; ovvero 2°, chiudere l'estremità duodenale con una sutura continua al catgut e cucire la testa del pancreas sopra il moncone duodenale. Quest'ultima tecnica presenta in verità una obiezione e cioè che i fermenti pancreatici possano avere qualche effetto sul moncone duodenale, o, viceversa, che da questo possa esser propagata una infezione al pancreas.

Nella perforazione acuta di un'ulcera duodenale l'A. pratica fin dal primo intervento una gastroenterostomia (44 operazioni con una sola morte): e ciò, primo, per porre la zona ulcerata in un riposo immediato; secondo, per assicurare il vantaggio ultimo dell'operazione che in molti casi porta a guarigione; terzo, in forza della sua esperienza così categoricamente favorevole.

L'ulcera gastrica ha la sua sede più comune al piloro; la sua forma più comune è la cronica callosa. Seguono in ordine di frequenza di sede la piccola curvatura, la parete posteriore, la parete anteriore, il bordo dell'apertura esofagea.

Il primo tipo viene trattato dall'A. sempre con pilorectomia; che estende a gastrectomia subtotale, se è invasa anche la piccola curvatura prossimiore.

Le piccole ulceri della piccola curvatura ma con scarso indurimento sono al meglio trattate con l'escissione: aprire la piccola cavità peritoneale passando attraverso lo strato superiore dell'omento gastroepatico, legare le arterie vicine all'ulcera, escidere questa, chiudere l'apertura gastrica con tre piani di sutura.

Nel caso di ulceri della piccola curvatura, in cui l'indurimento si estende notevolmente sulle pareti anteriore e posteriore dello stomaco, l'A. pratica una resezione circolare con una riunione capo a capo. Se poi l'estensione è tale da aver raggiunto il tipo dello stomaco a clessidra in alcuni casi fa una resezione circolare, in altri una gastro-gastrostomia fra le due tasche e una gastroenterostomia posteriore con la tasca inferiore. Quando l'ulcera risiede sulla parete posteriore l'operazione di scelta è l'escissione fatta attraverso l'interno dello stomaco: in questa operazione, dopo escissa l'ulcera e richiuso lo stomaco, per precauzione contro l'eventualità di una fuoriuscita di liquido dal viscere, l'A. apre la piccola cavità peritoneale, passando attraverso lo strato anteriore dell omento gastro-colico, raggiunge ed esteriorizza la parete dello stomaco nel punto dell'ulcera escissa e suturata, e rinforza questa sutura con una Lembert continua, dopo di che richiude l'apertura dell'omento gastrocolico.

Ogni ulcera che non si sia approfondata nella mucosa tanto da dare emorragia, che non abbia ostruito il piloro, che non si sia per la cronicità indurita, può essere accertata solo con l'apertura del viscere e l'ispezione, sebbene una palpazione accurata possa farla diagnosticare con grande probabilità. Anche queste ulceri debbono essere operate.

Secondo l'opinione dell'A. e di altri la gastroenterostomia posteriore dà gli effetti più benefici quando il piloro è ostruito. Nelle ulceri localizzate fuori del piloro se ne ha scarso o nullo benefizio; e se questo si ottiene è solo col permettere che abbastanza bile e succo pancreatico passino nello stomaco con un effetto neutralizzante sull'acido cloridrico. È dubbio che essa dia qualche sollievo col solo drenaggio.

L'A. ha visto ancora buoni risultati da una gastroenterostomia posteriore con occlusione pilorica nelle erosioni multiple dello stomaco (ulceri di Dieulafoy) provocanti emorragie ripetute. Tuttavia in tali casi egli non consiglia l'operazione se non quando sia stata tentata una cura medica ovvero sia stato rimosso un focolaio infettivo come per esempio una appendice o una cistifellea malata.

Quando l'escissione non viene a disturbare materialmente il meccanismo gastrico, la gastroenterostomia posteriore, eccezion fatta per l'ulcera pilorica, deve essere omessa: l'A. p. es. non la pratica mai nella resezione centrale dello stomaco.

Le ulceri del margine dell'apertura esofagea e del fondo dello stomaco, se si è abbastanza fortunati da sorprenderle nei primissimi stadî, possono essere escisse. Esse sono, è vero, rare, ma si riscontrano purtroppo quasi sempre in uno stadio avanzato. L'A. ha visto in queste sedi pochi casi di carcinoma che crede fossero impiantati su vecchie ulceri.

Per concludere, in tutte le ulceri duodenali e gastriche l'operazione di scelta è l'escissione.

In presenza di una storia clinica assai favorevole all'ulcera gastrica, confortata da esame radioscopico positivo, con dati obiettivi dubbi alla palpazione e all'ispezione, l'A. non esita a praticare una gastrotomia per risolvere la questione con l'ispezione diretta della mucosa.

Nei casi singoli l'opportunità dell'escissione dipende dalle condizioni locali. Nessuna ulcera dovrebbe essere escissa quando la consecutiva chiusura ed anastomosi presenta troppo grandi rischi operativi.

SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Il segno della vetro-pressione. - Contributo allo studio della diagnosi differenziale fra la tubercolosi e la sifilide cutanea.

(NICOLAS, FAVRE, SALEEU. *Presse médicale*, 1918, n. 35, pag. 318).

Gli autori contestano il valore assoluto di questo mezzo diagnostico largamente impiegato sino ad ora nella diagnosi del lupus, il quale ha come unità elementare, anatomica e clinica il nodulo.

Il nodulo luposo, di grandezza variabile da quella di un grano di miglio a quella di un pisello, ha un colorito giallo-rossastro, semitrasparente, con una tinta che ricorda la marmellata di albicocche o di mele. Spesso il colorito del nodulo è mascherato dall'eritema diffuso di tutta la regione malata e lo si mette in evidenza solo anemizzando la cute mediante la trazione con le dita o la compressione con una lastra di vetro. Si raccomanda di spalmare la superficie da esaminare di un leggiero strato di vaselina, con il qual mezzo le squame, se ve ne sono, e lo strato corneo dell'epidermide diventano più trasparenti e maggiormente visibile diviene quindi il nodulo sottostante.

Secondo gli autori la tubercolosi non è il solo processo capace di dare, nel derma cutaneo, degl'infiltrati nodulari visibili alla vetropressione e che presentino l'aspetto, la tinta e gli altri caratteri già menzionati. Altri processi possono comportarsi allo stesso modo, la sifilide in prima linea.

All'uopo essi riportano alcune osservazioni fra cui quella di un individuo con vasta chiazza infiltrata, e qua e là ulcerata (in una delle regioni scapolari), sporgente e mammellonata, e che era stata ritenuta di natura luposa.

Il segno della vetro-pressione era assai netto, specie in corrispondenza delle elevatezze papulose che si riscontravano sulla superficie eruttiva e nelle quali si potevano distinguere con molta precisione degli infiltrati circoscritti dalla tinta di marmellata di mele.

Peraltro il carattere fortemente congestizio delle lesioni, la consistenza notevole dei margini delle ulcerazioni, il cui fondo rammentava l'aspetto lucente delle gomme, la presenza di lesioni indubbiamente sifilitiche in altre sedi (orco-epididimite dura bilaterale, sifiliderma circinato della coscia, ecc.), sembrarono elementi sufficienti per dubitare della diagnosi di tubercolosi cutanea: infatti una cura specifica guarì il malato in tre settimane. La biopsia permise di constatare in questa sifiliderma nodulo-ulcerante delle cellule giganti e dei cumuli di cellule epitelioidi circoscritti, entro un denso infiltrato dermico. Un altro malato, ritenuto egli pure come affetto da lupus, presentava una larga lesione circolare, che occupava la regione frontale, temporale e mascellare di destra, con sviluppo eccentrico in modo che guarita al centro, rimaneva attiva solo in corrispondenza del margine ove qua e là si notavano infiltrati papulosi duri, in parte ulcerati, salvo sulla regione frontale in cui la lesione presentavasi su di una vasta superficie rossa-infiltrata, leggermente mammellonata, finemente squamosa. Ivi, come al margine, la vetro-pressione metteva in evidenza dei noduli circoscritti dalla tinta di zucchero d'orzo, aventi tutti gli altri caratteri obbiettivi dei noduli luposi.

La presenza di una leucoplasia commessurale e di una rigidità pupillare completa con Wassermann positiva fecero peraltro pensare alla sifilide, ciò che fu confermato dall'esito felice della cura specifica.

Anche in altri due casi dello stesso genere (sifilide acneica del naso, sifiliderma nodulo-ulcerato sacro-coccigeo), come nei primi due, le lesioni sifilitiche terziarie si comportarono, alla vetro-pressione, come delle lesioni lupose. Tutto ciò non deve recar meraviglia quando si tenga presente che le une come le altre presentano caratteri istologici assai simili. Cellule giganti, focolai nodulari di cellule epitelioidi, follicoli tipici nettamente differenziati come nelle più autentiche tubercolosi cutanee, tutte le formazioni infine, considerate per tanto tempo come caratterizzanti specificamente le reazioni dei tessuti al bacillo di Koch, si osservano anche nelle lesioni sifilitiche e non in modo eccezionale e fortuito, ma quasi costantemente.

È giusto rilevare che nel lupus l'estensione della trasformazione epitelioide rende il segno della vetro-pressione più manifesto, al punto che si osservano talvolta delle evere chiazze di infiltrazione, dalla solita tinta di marmellata di mele. Nella sifilide invece di regola i noduli sono più circoscritti e di dimensioni minori. Secondo gli autori, probabilmente anche in altre dermatosi, e specialmente quelle micosiche, dovranno trovarsi segni analoghi.

E poichè la diagnosi differenziale fra la tubercolosi cutanea e le affezioni che possono simularla si presenta assai spesso al dermato-

logo, è necessario tener conto di ogni mezzo che tenda ad assicurarla. In tali casi il dare ad un segno che ha solo valore relativo, un'importanza assoluta può esser causa di errori clinici inevitabili.

È certo che si fa spesso troppo facilmente diagnosi di lupus senza assicurarsene con un complesso di prove convergenti: analisi clinica, elementi forniti dal laboratorio, dal trattamento, ecc. V. MONTESANO.

CASISTICA.

La meningite sifilitica acuta.

Nella maggior parte dei casi la sifilide dell'asse cerebro-spinale e dei suoi involucri ha un decorso cronico o semicronico. Ma non mancano i casi nei quali essa colpisce le meningi in modo acuto con un decorso non meno grave di quello di qualsiasi altra malattia tossi-infettiva acuta. Certo è più comune che nello stadio secondario si abbia una semplice irritazione delle meningi con rachialgia, parestesie agli arti, debolezza muscolare, accentuazione dei riflessi cutanei e profondi e talora anche fenomeni irritativi vescicali. La vera meningite sifilitica acuta è meno comune e quindi meno nota. Eppure il riconoscimento di questa sindrome ha molta importanza dal punto di vista terapeutico.

La meningite acuta può presentarsi in stadî differenti della infezione sifilitica: *a*) come esacerbazione acuta in casi di sifilide congenita; *b*) nel periodo secondario contemporaneamente alla roseola o poco prima o poco dopo; *c*) nel periodo terziario nel corso di una sifilide gommosa cronica ed anche quando ogni altra lesione del sistema nervoso è latente o allo stato di quiete. In genere nei casi della prima e della terza specie esistono altri sintomi che guidano il medico alla esatta diagnosi. Nei casi della seconda specie possono mancare altre manifestazioni luetiche, ed allora la diagnosi si può fare solo tenendo conto dei dati anamnestici, del risultato dell'esame del liquido cefalo-rachidiano e di altre particolarità.

Gray (*British Medical Journal*, 29 settembre 1917) ne ha esaminato un caso nel quale la meningite acuta si sviluppò poco dopo il contagio con sintomi simili a quelli di una poliomielite acuta e che fu inviato all'ospedale con la diagnosi di meningite cerebro-spinale epidemica. Dall'anamnesi risultava che da vari giorni il paziente soffriva di cefalea violenta, dolori alla nuca, nausea. Si era contagiato di sifilide pochi mesi innanzi. Il sensorio era libero, non v'era febbre, ma esisteva cefalea intensa, nausea, rigidità nucale, segno di Kernig, lieve edema papillare, pupille miotiche e disuguali ma mobili, riflessi cutanei vivaci. Alla puntura lombare ripetuta parecchie volte si ebbe sempre ipertensione, liquido limpido, linfocitosi, assenza di meningococchi e di bacilli tubercolari.

Per il fatto che mancava la febbre, per le condizioni del sensorio, per lo stato della lingua che era sempre pulita, per l'assenza di disturbi sfinterici e di vomito, per il reperto del *liquor*, e per la persistenza immutata dei sintomi malgrado le ripetute iniezioni intrarachidee di siero antimeningococcico, si escluse la meningite cerebro-spinale e si pensò alla meningite sifilitica acuta. Si praticò allora la reazione di Wassermann del *liquor*: l'esito fu negativo. Ma dopo 10 giorni essa risultò nettamente positiva tanto nel *liquor* quanto nel sangue. L'indomani allora si iniziò la cura specifica: si estrassero 70 cmc. di *liquor* e si sostituirono con 30 cmc. di siero mercurializzato Mulford contenenti 2 mmgr. di mercurio, e di queste iniezioni se ne praticarono sei a giorni alterni; si iniziarono anche delle frizioni. Il giorno seguente si ebbe un peggioramento, ma nei successivi si notò un marcato miglioramento, che si accentuò fino alla completa e perfetta guarigione. *a. a.*

L'epilessia sifilitica.

L'epilessia di origine sifilitica è più frequente di quel che si crede generalmente. Levy Bing e Gerbay (*Annales des maladies vénériennes*, 1917) ne hanno potuto accertare tredici casi.

L'epilessia può manifestarsi in tutti i periodi della sifilide, ma per lo più si verifica nel periodo secondario-terziario e terziario. Gli antecendenti nervosi del paziente pare costituiscano un elemento predisponente, ma il più delle volte lo scoppio delle crisi epilettiche rimane inspiegabile.

L'epilessia sifilitica non presenta alcun sintomo caratteristico che la distingue dalle altre forme. Talvolta i precedenti del soggetto, l'esistenza conclamata della sifilide, permettono la diagnosi; ma più spesso manca ogni elemento diagnostico e bisogna ricorrere alle ricerche di laboratorio. Nei casi dubbî saranno elementi sufficienti gli antecedenti sifilitici, l'età del malato (l'epilessia essenziale s'inizia quasi sempre nei primi periodi della vita), la reazione di Wassermann, la linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano, e, quando esiste, il segno di Argyll.

L'epilessia sifilitica non rimane per lo più accertata nella sua etiologia, perchè di solito ci si contenta della diagnosi di epilessia senza ricercarne le cause o anche perchè l'infermo nega o ignora il contagio sifilitico. Tuttavia bisogna agire terapeuticamente in modo adatto perchè come in tutte le manifestazioni della sifilide il trattamento è sempre efficace e si può affermare che l'epilessia sifilitica è guaribile mediante un trattamento metodico, a meno che essa non costituisca la fase terminale di una sifilide cerebrale. *a. a.*

TERAPIA.

La vaccinoterapia specifica della dissenteria bacillare.

La vaccino-terapia antidissenterica non ha ancora trovato applicazioni terapeutiche per diverse ragioni, fra cui principalmente la non costante specificità della causa. D'altra parte la comune terapia medicamentosa, pure essendo molto svariata, non si dimostra molto efficace tanto più se si tien conto dell'alta mortalità, la quale è stata osservata da S. Sterling (*Deutsche med. Woch.*, 7 giugno 1917) fino ad oltre il 23 %.

L'A. ha sperimentato l'uso di vaccini in ammalati in cui la dissenteria era provocata da bacilli e scarsa tossicità (Flexner, Strong, ecc.). Il vaccino veniva preparato diluendo un'ansata (da 2 mm.) in 5 cmc. di soluzione fisiologica (50-100 milioni di bacilli in 1 cmc.), tenuta a 55°-58° per un'ora, a cui si aggiungeva poi il 0.5 % di acido fenico. L'iniezione di cmc. 0.5-2, praticata sotto la cute dell'addome è più o meno dolorosa e seguìta da infiltrazione ed arrossamento, che durano 2-3 giorni.

La temperatura sale rapidamente dopo un'ora, arrivando anche a 39°.8, per abbassarsi il giorno seguente a 37°.3-37°.5 e ritornare alla normale entro una settimana. In alcuni ammalati non si è osservato cambiamento nella temperatura.

Nella maggior parte dei casi, il numero delle evacuazioni si riduce nei giorni seguenti l'iniezione alla metà od al terzo: scompaiono il muco ed il sangue, cessano i premiti, gli ammalati si sentono migliorati ed acquistano l'appetito.

L'età non costituisce una controindicazione: l'A. ha usato il trattamento sia in piccoli bambini, come anche in individui di età abbastanza avanzata. Talvolta è stato usato anche l'autovaccino.

Si può anche preparare un vaccino polivalente sensibilizzato nel seguente modo: emulsionare due anse da 2 mm. di colture in agar di 24 ore in 5 cmc. di soluzione fisiologica, aggiungervi 5 cmc. di un siero specifico ad alto valore, diluito a $^1/_{100}$-$^1/_{200}$. Dopo 24 ore di termostato, versare il siero e lavare, centrifugando per tre volte, i batterî agglutinati, con 10 cmc. di soluzione fisiologica. Si può poi aggiungere 0.5 % di acido fenico. FIL.

I fenomeni surrenali nella vaccinazione antitifica.

M. Loeper (*Presse Médicale*, vol. XXIV, n. 58) ha osservato in alcuni casi che il giorno seguente la prima vaccinazione antitifica si è verificata una sindrome caratterizzata da pallore e cianosi, dolori alle gambe ed alla regione lombare, abbassamento della pressione e diarrea. L'origine surrenale di questi sintomi è stata confermata dal fatto che essi scomparivano mediante la somministrazione di epinefrine, sia per bocca, che per iniezioni. In altri individui si è manifestato un altro complesso di fenomeni da insufficienza surrenale, cioè astenia, linea bianca ed abbassamento di pressione: quest'ultimo era abbastanza pronunciato e persisteva per qualche giorno. L'intensità della reazione diminuisce con le successive vaccinazioni.

L'A. ritiene quindi che nella vaccinazione antitifica si debba tener conto non solo dello stato del fegato, reni, cuore, polmoni, ma anche delle capacità di resistenza delle surrenali, ciò che si può dedurre con la misurazione della pressione sanguigna. La vaccinazione non deve farsi in individui molto stanchi; se la pressione sanguigna è molto bassa, sarà opportuno somministrare dell'epinefrina, prima della vaccinazione ed, eventualmente, anche qualche ora dopo. FIL.

Le iniezioni di latte nel trattamento dei bacilliferi.

Le iniezioni di latte bollito (10 cmc. nei glutei) provocano una febbre con effetti terapeutici nella emofilia, anemia perniciosa, leucemia, ecc. Circa otto ore dopo l'iniezione si ha un brivido, la temperatura si inalza e tale si mantiene per due o tre ore, ritornando poi alla norma, senza alcun altro effetto secondario, eccettuatane una lieve cefalea.

Secóndo gli studî di Herz (*Wiener klin. Woch.*, 11 ott. 1917), mercè tali iniezioni nei portatori di bacilli tifici, i germi vengono cacciati nel sangue ed, in parte, eliminati con le urine; anche il quadro ematologico viene modificato e vi è ragione di ritenere che vi sia un aumento di qualche fatto infiammatorio locale. Questi fenomeni sono accompagnati da una mobilizzazione degli anticorpi e questi varî fattori sembrano combinarsi allo scopo di sradicare i bacilli dell'organismo del bacillifero.

I. P.

NOTE DI TECNICA.

Il metodo Fontana-Tribondeau per la diagnosi delle lesioni luetiche contagiose.

Il dott. Quioc, addetto al servizio di sifilografia nell'esercito francese, ha trovato poco utilizzabili l'ultramicroscopio, il metodo all'inchiostro di Cina e le colorazioni Giemsa e Proca-Vasilescu per la ricerca dei treponemi nella lesione primitiva e nelle lesioni mucose e cutanee del periodo secondario, alle quali spetta la massima importanza nella trasmissione della malattia e che perciò importa di saper riconoscere con certezza.

Per es.: l'ultramicroscopio fa riconoscere facilmente lo spironema, se questo è allo stato puro e molto abbondante; ma non permette sempre di differenziarlo se associato allo spirocheta refringens o ad altre forme spirillari, molto più che la sua estrema mobilità lo lascia esposto, talvolta, per pochi secondi appena al fascio luminoso; quando poi gl'individui sono scarsi, si rischia di non vederli, perchè poco rifrangenti e sfuggono con facilità.

L'A. si è trovato soddisfattissimo del metodo d'impregnazione argentica di Fontana-Tribondeau.

Le emazie, che sono molto rifrangenti, e altri materiali organici, vengono parzialmente dissolti; invece il treponema vien messo molto bene così in evidenza e spicca vivamente sul fondo della preparazione, anche se scarsissimo, e può essere facilmente differenziato dalle altre specie spirochetiche.

Il processo si raccomanda non solo per la facilità di leggere i preparati e per la sicurezza dei reperti, ma anche per la semplicità della tecnica, che passiamo a descrivere.

Occorrono tre soluzioni:

I. *Nitrato d'argento ammoniacale di Fontana.*

Si prepara come segue:

Nitrato d'argento cristallizzato gr. 1;
Acqua distillata cmc. 20.

Dissolvere a freddo; metterne da parte alcuni centimetri cubi; il resto viene agitato con una bacchetta di vetro, mentre vi si aggiunge, a gocce, dell'ammoniaca, fino a produzione e poi a scomparsa di un precipitato seppia; allora vi si aggiunge la soluzione lasciata da parte, fino a produzione di una leggera nebulosità, persistente dopo agitazione. Questo reattivo si conserva molto a lungo, allo scuro.

II. *Soluzione di Ruge*:

Soluzione acquosa di formolo al 2 %, cmc. 100;
Acido acetico cristallizzato, cmc. 1.

III. *Soluzione tannica*:

Acido fenico nevoso gr. 1;
Tannino gr. 5;
Acqua gr. 100.

Lo striscio viene disseccato accuratamente. Secondo che è più o meno spesso, viene coperto per due o tre volte e per 30 secondi ogni volta con la soluzione di Ruge, la quale ne asporta l'emoglobina.

Si lava con alcool. Si infiamma l'alcool rimasto sul preparato.

Si copre con soluzione tannica, scaldando fino a produzione di vapori, che si lasciano svolgere per un minuto incirca. Si lava abbondantemente con acqua, per eliminare ogni traccia della soluzione tannica. Disseccare.

Coprire con soluzione di nitrato d'argento; lavare e disseccare.

Tutte le specie di spirilli ricevono uno strato uniforme di deposito argentico, di modo che paiono uniformemente spessi. I caratteri delle loro spire, la loro forma, il loro diametro relativo sono resi molto bene visibili. Il treponema si distingue in specie per la sua sottigliezza. Si mostra in nero violaceo su di un fondo trasparente o su di un fondo giallo chiaro prodotto dalle emazie scolorate.

(*Paris Médical*, 27 luglio 1918). R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(969) *Sulle iniezioni endovenose dei sali di chinina.* — All'abb. n. 7595:

Nella pratica delle iniezioni endovenose dei sali di chinina, le condizioni particolari necessarie, per non provocare dolorosi accidenti, sono: diluizione ed isotonia del rimedio, reazione neutra.

Nella formula del Baccelli sono felicemente riuniti i desiderata delle iniezioni endovenose. Non è consigliabile servirsi delle comuni fiale di bicloridrato (sale acido): il meglio si è diluire le comuni fiale di chinina-uretano (formola Gaglio) in 8-9 cmc. di soluzione fisiologica sterilizzata.

Possedendo una siringa da 10 cmc. si può allestire l'iniezione sull'istante: si scioglie un cucchiaio di sale da cucina in un litro d'acqua; se ne bolle una parte in un tubo da saggio, in un palloncino o in un recipiente di ferro smaltato ben pulito; si lascia raffreddare; quando la soluzione fisiologica è appena tiepida, con la siringa sterilizzata si aspira una fiala (0.30 di chinina) o due (0.60) e si aggiunge soluzione fisiologica fino a 10 cmc.; si agita nella siringa stessa; si inietta lentamente.

In casi di eccezionale urgenza, è preferibile sempre servirsi delle fiale da 1 cmc. di soluzione chinina-uretano, che nelle nostre mani, se si eccettuino i fenomeni immediati tossici, se pure impressionanti non paurisi, non hanno dato mai inconvenienti serî: l'iniezione va fatta però molto lentamente. *t. p.*

(970) Al dott. L. B., Zona di guerra: Prof. OLIMPIO COZZOLINO. *Manuale pratico di pediatria.* Idelson ed., Napoli. Prezzo L. 20. RUBINO. *Formulario terapeutico.* Fr. Vallardi, Milano. Prezzo L. 20. INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. PIGHINI. *La biochimica del cervello.* (Cinque conferenze tenute agli Istituti clinici di perfezionamento di Milano), con prefazione di G. CIAMICIAN. — Rosenberg & Sellier, Torino, 1916. — L. 5.

L'A. rileva anzitutto come l'ordinaria istologia, essenzialmente morfologica, abbia dato una solida base di osservazione agli studi di fisiopatologia dei centri nervosi.

Una promettente via di ricerca è data oggi dalla chimica, chimica-fisica, istochimica del cervello e della sostanza nervosa in genere. I non pochi lavori compiuti dai vari AA. sull'argomento, già hanno posto un certo ordine nel *mare magnum* della chimica del cervello, così da permettere, sia pure *grosso modo* e sopratutto per grandi gruppi, una analisi chimica quali- e quantitativa, basata in ispecie sul frazionamento delle sostanze costituenti, a mezzo di solventi e di precipitanti opportunamente ordinati. Tanto i metodi macrochimici quanto — se bene impiegati — quelli istochimici e istofisici (esame microscopico a luce polarizzata) hanno concorso, e più lo promettono per l'avvenire, a dare un più solido contenuto alle nostre nozioni sulla patologia del cervello. Ma ben pochi sono finora i lavori in tal senso, e tra questi tengono un ottimo posto quelli dell'A. e dei suoi allievi e collaboratori sulla paralisi progressiva.

Altro campo fertile per la chimica cerebrale è quello dei rapporti fra la sostanza nervosa e vari veleni che la prediligono (tossine, narcotici, eccitanti, ecc.), su cui l'A. molto si sofferma.

Come la chimica soccorre essenzialmente nello studio della sostanza nervosa, così sopratutto la fisica giova a indagare — nei limiti, ancora ristretti, delle odierne possibilità — la natura della cosiddetta energia nervosa e le leggi che la governano. Su questo interessante argomento l'A. si sofferma in una delle conferenze, sviluppando le varie teorie per cui ora è possibile concepire il prodursi e il trasmettersi a distanza di uno stimolo nervoso.

Un ultimo capitolo della bella monografia raccoglie, dai dati già esposti e da altri nuovi tratti ancor essi dalla chimica e chimica-fisica, argomenti per addentrarsi in un campo ancora molto inesplorato della fisiologia del sistema nervoso: quello della narcosi e del sonno, a cui si collega pure quello degli scambi gazosi del sistema nervoso centrale.

Questi rapidi cenni possono valere a dimostrare di quanto interesse siano, e per la fisiologia e per la patologia, i fatti raccolti ed esposti dall'A., e ad indicare quanto sia giusto ed opportuno l'indirizzo che egli addita agli studiosi di neurologia e di psichiatria. Il libro del Pighini è di piccola mole, ma denso di idee, e la ricchezza delle citazioni bibliografiche non impedisce alla forma di mantenere quella nobile semplicità che deve distinguere, giusta le nostre migliori tradizioni, il limpido stile italiano. D. CARBONE.

E. LEREDDE. *Traitement du tabes.* — Editori A. Maloine et fils, Parigi. — Prezzo L. 14.

Il voluminoso libro testè pubblicato dal Leredde costituisce la ricapitolazione e la conclusione di tutti i lavori da lui precedentemente pubblicati sul medesimo argomento.

L'azione curativa del trattamento antisifilitico nei tabetici è evidente, ma solo quando questo trattamento è condotto con regole precise.

Può essere impiegato il mercurio, ma gli arsenobenzoli costituiscono un'arma più energica, più sicura, più rapida.

Gli arsenobenzoli devono essere adoperati a dosi forti (salvo al principio della cura), in modo continuo (i periodi di riposo non devono essere più lunghi di tre settimane) fino alla scomparsa della reazione di Wassermann nel sangue e delle altre modificazioni del liquido cefalo-rachidiano. A parità di condizioni l'affezione è tanto più curabile quanto più precoce è l'intervento. Talvolta al trattamento segue un'esagerazione dei disturbi, ma si tratta di fatti reattivi che a poco a poco scompaiono.

Il trattamento agisce sulla infezione generale e conduce normalmente alla scomparsa graduale dei sintomi clinici ed al miglioramento dello stato generale.

Il lavoro è ricco di indicazioni tecniche e si chiude con un'abbondante documentazione casistica. DR.

MIRAMOND DE LA ROQUETTE. *Atlas d'anatomie pour l'électro-diagnostic et la physiothérapie.* — Editori J.-B. Baillière et fils, Parigi. — Prezzo L. 10.

In questo atlante-manuale sono presentati in modo da poter essere rilevati a colpo d'occhio i dati anatomici normali necessari per la elettrodiagnostica e per indirizzare il trattamento fisioterapico. Ai dati anatomici sono aggiunte le tavole dei coefficienti normali dell'eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli e numerose nitide figure che dimostrano le inserzioni, i rapporti reciproci, la funzione, la innervazione dei singoli muscoli, non che il meccanismo anatomo-funzionale di ciascuna articolazione.

Se si considera che i metodi fisioterapici, che oramai non fanno più parte dell'empirismo, richiedono, per ottenere rendimenti utili, applicazioni esatte che non possono praticarsi senza una precisa conoscenza degli organi sottoposti a cura, si comprende tutta la importanza di questo volume che ha scopi decisamente pratici e che al riguardo ha colmato una lacuna.

DR.

E. ABRAMOWSKI. *Le subconscient normal.* — Editore F. Alcan, Parigi. — Prezzo L. 7.50.

L'autore ha studiato sperimentalmente una serie di problemi relativi alla psicologia dei confronti e del riconoscimento, e sopra tutto l'importanza della memoria in questi processi.

Una delle conclusioni più importanti cui è giunto l'Abramowski si è che la subcoscienza normale, la cui origine si trova nell'oblio delle cose coscienti e nelle impressioni incoscienti, è costituita da stati affettivi caratteristici, che l'A. chiama sentimenti generali.

L'A. tra l'altro formula anche una nuova teoria della memoria in conformità delle esperienze che hanno dimostrato la sopravvivenza psichica dell'oblio, una teoria che abbraccia tutto il dominio dei fatti mnemonici, la memoria attiva e la memoria passiva latente.

a. a.

VARIA.

Statistiche chirurgiche di guerra.

Il prof. Tuffier in una comunicazione all'Accademia di medicina di Parigi esponeva alcune statistiche chirurgiche riguardanti l'offensiva tedesca di alcuni mesi addietro sull'Aisne.

Esse dimostrano i progressi ottenuti mercè la migliore organizzazione dei servizi sanitarii, e specialmente con la istituzione degli ospedali chirurgici mobili, che affluiscono con facilità sul luogo di una importante azione. Su 100 ferite, 67 interessavano gli arti, 16 la testa, 13 il torace e 4 l'addome. La mortalità generale fu del 5.13 per cento; quella per ferite dell'addome raggiunse il 61 per cento, e quella per ferite del torace il 20 per cento; invece la mortalità per gangrena si ridusse al 3 per mille, e quella per tetano al 5 per diecimila. Dopo 45 giorni dall'azione, rimaneva negli ospedali l'1.43 per cento dei feriti. L. P.

Gli allarmisti studiati da uno scienziato.

All'Accademia di medicina di Parigi il dott. Valon comunicava, or non è molto, un suo studio medico-legale sugli allarmisti, che egli ha diviso in tre categorie: 1ª criminali, meritevoli delle sanzioni penali; 2ª coloro che cedono a una crisi del carattere, e sono vanitosi che vogliono sembrare più informati della massa, o ipocondriaci e più soventi dispeptici; la loro responsabilità è limitata; 3ª deliranti, che ritraggono gli elementi del loro delirio dalle circostanze ambienti e che sono affatto irresponsabili. L. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

VIDONI GIUSEPPE. Per una riforma nell'assistenza degli ammalati di mente. — Roma, 1917.

GILBERTI P. Rendiconto clinico-statistico di 4524 operazioni coll'aggiunta di brevi considerazioni sulla cranio-resezione, 1909-1917. — Clusone, 1917.

PAPARCONE ERNESTO. Congiuntiviti provocate con nitrato di biombo. Contributo clinico, istopatologico e sperimentale. — Pavia, 1917.

PUTELLI F. L'otorinolaringologia e le infermità esimenti dal servizio militare. — Biella, 1917.

GARRONI AUGUSTO. Nuovo indirizzo profilattico nelle malattie infettive. — Perugia, 1917.

ALAJMO L. Il tracoma, la guerra e il dovere del Governo. — Girgenti, 1918.

GUELMI C. A. A proposito di conta-pannilini. — Piacenza, 1918.

MARGOTTA CESARE. La guarigione rapida della scarlattina con l'«antiscarlattinoso Alecce». — Roma, 1918.

POSTEMPSKI PAOLO. La campagna antimalarica compiuta dalla Croce Rossa Italiana nell'Agro Romano, nelle Paludi Pontine e nella Maremma nel 1917. — Roma, 1918.

LEONE SALVATORE. La lotta contro il tracoma nella provincia di Siracusa. XIII relazione (1917-1918). Un primo esperimento di profilassi visiva. — Siracusa, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DISSERVIZIO POSTALE.

A S. E. l'on. Luigi Fera, Ministro delle Poste.

Permetta, Eccellenza, che io mi rivolga direttamente a Lei, nella speranza di vedere una buona volta eliminato un grave sconcio che turba il buon andamento di questa nostra impresa, in momenti così gravi e difficili.

Alludo alla irregolare e spesso mancata consegna dei fascicoli del nostro giornale agli abbonati. È questo uno stato di fatto che perdura da troppo tempo, malgrado i ripetuti reclami inoltrati all'amministrazione delle poste.

Ogni giorno piovono al nostro ufficio diecine di proteste di abbonati che non ricevono i fascicoli da noi puntualmente spediti, la qual cosa ci mette in grave imbarazzo, poichè non sempre possiamo sostituire i fascicoli dispersi, in quanto il costo favoloso *della carta non ci permette di tenerne una forte scorta. E spesso, per non lasciare incomplete le collezioni degli abbonati, siamo costretti a procedere a costosissime ristampe, che aggravano sempre più la già triste condizione della nostra industria, la quale non gode dei sopraprofitti di guerra.*

Ella non può immaginare quali e quanti sacrifici bisogna affrontare per tenere in piedi una impresa che pur rende qualche servigio alla Patria in questa ora storica. Al corpo sanitario, che vive a fianco dei nostri valorosi soldati e ne tutela la salute e ne cura efficacemente le sofferenze fisiche, non può, non deve mancare il sussidio della scienza. Questa, nell'attuale sterminato campo di osservazioni, compie progressi rapidissimi, che i sanitari, specie se in zona di guerra, non sono in grado di seguire con rapidità e sicurezza. Il nostro periodico, sostenendo sforzi inauditi, provvede a tale bisogno, ed è veramente doloroso il vedere frustrato dal disservizio postale *l'armonico concorso di tanto buon volere, spontaneo e disinteressato, diretto a scopo così nobile e patriottico da parte di tutti coloro che collaborano a questa nostra difficile opera diuturna.*

Del compito benefico che spetta alla stampa medica mentre dura la guerra, il Governo italiano non si è reso alcun conto, e invece di favorirla, come sarebbe suo dovere e come avvedutamente fanno altre nazioni belligeranti, si adopera ad ostacolarla in tutti i modi, sino al punto di farci subire l'odiosa tassa di lire venti al quintale sul prezzo della carta, a favore dei giornali politici!

Veda dunque, Eccellenza, se almeno fosse possibile assicurarci un servizio postale meno disastroso. A Lei non manca modo di scoprire la causa del lamentato sconcio — al quale, forse, non sarà estranea la mano degli incettatori di cartaccia; così potrà provvedere energicamente a che non abbiano più a ripetersi i troppo frequenti... disguidi postali.

Col massimo ossequio

E. Morelli, *editore.*

I medici provinciali e l'esercizio professionale.

Riceviamo:

Caro Pangloss,

Lascio alla tua brillante penna ed al caldo interessamento che tu poni in tutte le cause giuste della nostra vita professionale, di occuparti di un argomento che interessa tutta la classe medica, inquantochè riguarda una benemerita classe di funzionari medici, che tanta parte hanno nelle direttive della vita medica nazionale. Intendo parlare della classe dei medici provinciali.

In questi momenti di rinnovellamento, di revisione e di scarto del vecchio ciarpame burocratico, sarà un grande merito del *Policlinico* se vorrà farsi il portabandiera di un'agitazione in favore dei medici provinciali.

La figura del medico provinciale deve essere, a mio parere, quella di un valente professionista, rotto ed educato alle difficoltà dell'esercizio professionale.

Tu ben sai come una delle tante incombenze dei medici provinciali è quella delle visite fiscali, nelle quali essi sono obbligati spesso a rivedere e controllare il giudizio diagnostico e prognostico anche di eminenti clinici.

Non è semplicemente *esilarante* il pretendere una funzione così delicata da un professionista, al quale si sono tarpate le ali dell'intelletto e della cultura clinica col vietargli l'esercizio professionale?

Ma che cosa vuoi che ne sappia più di clinica, di malattie e di malati un povero diavolo, anche valoroso, dopo 5, 10, 20 anni che non può vedere un ammalato e che perciò non si coltiva più, ma che invece è stato costretto ad inquinare e ad atrofizzare il suo cervello con

statistiche, bollettini e colle solite emarginate pratiche?

Per carità di patria non voglio *per ora* mettere a nudo tutta la piaga, ma mi limito a due soli interrogativi. Il medico provinciale deve essere e rimanere un valoroso medico, oppure dev'essere trasformato in un modestissimo passacarte?

Il medico provinciale dev'essere un tecnico nell'arte sua. Ed allora perchè inibirgli la palestra, nella quale può raffinarsi e perfezionarsi?

Ma risponderà la burocrazia miope e tarda: «Egli è un impiegato ed anche per lui deve restare in vigore la legge sullo stato giuridico degli impiegati».

Benedetta mentalità burocratica! L'agente delle tasse, il delegato di pubblica sicurezza, l'ufficiale postale, il verificatore di pesi e misure, il medico provinciale, sono tutti impiegati: dunque per tutti devono valere le stesse leggi.

Chi scrive ha molta fiducia nell'illuminato senno dell'illustre uomo, che regge le sorti della Sanità pubblica; egli indubbiamente farà sentire la sua autorevole voce perchè nella nuova riforma burocratica sia fatta ai medici provinciali quell'elevata posizione economica, morale e soprattutto professionale, alla quale han diritto e che è condizione essenziale per il loro prestigio e perchè possano compiere opera fattiva, veramente efficace e competente.

Un vecchio abbonato.

Sempre per le promozioni degli ufficiali medici di complemento.

Riceviamo:

Caro Pangloss,

Spesso nelle nostre rivendicazioni siamo costretti ad armarci di pazienza evangelica ed a ricordarci del motto biblico: «Pulsate et aperietur vobis». E quindi continuiamo a battere nella speranza che alla fine arriveremo a rompere il sonno dei dormienti.

Intendo qui unire anche la mia voce di protesta per la grande ingiustizia degli avanzamenti e voglio esporre un dato di fatto.

Fui alla scuola di applicazione di Sanità militare di Firenze nell'anno 1904-1905: alla fine del corso riuscii fra i primi su circa 200 colleghi. Ebbene, parecchi di costoro che allora furono classificati fra gli ultimi, perchè molto zoppicanti, sono già da un pezzo maggiori, mentre io sono ancora semplice capitano. Forse non merito di avere il grado concesso a costoro, perchè essi non hanno altro titolo che la laurea, mentre io ho avuto l'onore di appartenere agli ospedali di Roma, di superare il concorso di chirurgo primario in un ospedale di una città capoluogo di provincia, di occupare un posto importante in una pubblica amministrazione e di essere stato continuatamente per circa tre anni, non in zona di guerra, ma in zona di operazioni, a ricoprire uffici di grande fiducia?

Ma già, esiste il famoso regolamento per le promozioni, che dice che dobbiamo aspettare il turno degli ufficiali effettivi. Ma gli attuali capitani effettivi, quando noi eravamo già medici rispettati ed eravamo entrati con molto decoro nella vita professionale, erano ancora imberbi e discoli scolaretti, ed ora chi sono costoro? Alcuni sono laureati da pochissimi anni. Ed a costoro dobbiamo noi essere posposti? Ma in forza di un regolamento, che attualmente non ha più ragion di essere, si deve proprio irridere ai nostri diritti e si deve menomare ed offendere la nostra dignità professionale?

Ammesso pure, per dannata ipotesi, che si voglia e si creda necessario accordare un privilegio agli effettivi, ci si metta pure alla coda di coloro che furono nostri ultimi colleghi di Firenze e sia logicamente ed equamente computata per noi quell'anzianità di nomina ad ufficiale e non l'anzianità dell'ultimo grado di capitano.

Per rendere giustizia a chi la merita ed a chi ha specialmente dato prova in pace ed in guerra del suo valore professionale si può ben modificare un articolo di regolamento!

Un vecchio abbonato.

A proposito del caso Bossi.

Noi abbiamo a suo tempo informato i lettori della deliberazione del Consiglio Superiore della P. Istruzione sul prof. Bossi, attenendoci alla formola quasi stereotipa con cui la notizia veniva data dai giornali politici di vario colore.

Il prof. Bossi trae motivo da quella semplice e ormai vecchia notizia di cronaca per inviarci una sua lettera e altre informazioni, invitandoci a pubblicarle.

Noi non vogliamo defraudare ai lettori lo spazio, da necessità di guerra già ridotto, per diffondere cose già pubblicate; ma non vogliamo nemmeno ritrarci dall'esporre il nostro avviso sulla questione della procedura con cui il Consiglio superiore della Pubblica Istruzione ha sospeso per due anni dall'ufficio il prof. Bossi, e sul proposito che questi ha annunciato di dare querela all'*Avanti!* onde emergesse in pubblico dibattimento la falsità delle accuse e la propria innocenza.

Il nostro avviso lo esporremo in brevi linee.

I procedimenti disciplinari d'indole amministrativa che si svolgono davanti al Consiglio superiore d'Istruzione pubblica seguono una procedura che il prof. Bossi e i suoi amici qualificano *medioevale*. Non presumiamo alcuna competenza in materia. Ma sta di fatto che la procedura è antica e che presupponeva un Consiglio altrimenti costituito, di come non sia dopo la riforma Giolitti.

Bossi e i suoi difensori scaglino contro essa tutti gli attacchi che possono. Le falle aperte serviranno utilmente a convincere della necessità di mo-

dificarla, problema già affacciato in un recente congresso dei professori universitari. È intuitivo però che la questione deve essere risoluta con ogni libertà e fuori di qualsiasi pressione di casi singoli se vuol raggiungere quella serena contemplazione del giusto che ogni riforma del diritto esige in modo assoluto.

Circa la querela che il Bossi intende sporgere contro l'*Avanti!*, se pure a quest'ora non è già fatto compiuto, noi auguriamo che alla luce della libera discussione e al giudizio dei magistrati e del grande pubblico risulti la inconsistenza delle accuse e la correttezza della condotta del professore di ostetricia dell'Università di Genova. Gode l'animo nel constatare che al mondo c'è un uomo austero di più e c'è sempre da rallegrarsi che nel proprio paese la strada della giustizia sia a tutti aperta e sicura.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7398) *Servizio veterinario. - Profughi. - Congedo.* — Dott. abb. 4998. — Dal momento che il posto di veterinario è legalmente vacante, l'ufficiale sanitario che esegue la visita delle carni macellate non ha diritto a speciale compenso rientrando tale visita nell'orbita delle sue ordinarie mansioni a norma dell'art. 8 del regolamento di vigilanza igienica.

I profughi poveri devono avere l'assistenza medica e sanitaria completamente gratuita, come si pratica pei poveri del Comune, ed i medici devono prestare l'opera loro senza pretendere da essi onorarii. Tuttavia i prefetti possono corrispondere ai rispettivi sanitarii gratificazioni o compensi, ma non a periodi determinati nè in misura fissa, ma bensì nel momento che sembri opportuno ed in relazione al maggior lavoro effettivamente derivato ai sanitarii medesimi.

È ancora in vigore, per ragioni di supremo interesse sociale, la disposizione che sospende la concessione del congedo ai medici condotti. Per il maggior lavoro che essi sostengono non è ammesso alcun compenso trattandosi di prestazione imposta da ragione di ordine pubblico e generale.

(7400) *Trattamento economico dei medici militari destinati a servizii civili.* — Dott. F. P. da P. — In base all'art. 8 della circolare del Ministero della guerra e dello interno del 10 settembre 1917 i medici militari in servizio civile hanno obbligo di prestare servizio, oltre che nella condotta del Comune in cui il titolare venne chiamato alle armi, anche, come interini, nelle condotte dei Comuni viciniori nei quali il titolare prestava pure servizio. Negli altri Comuni, ove disimpegna le funzioni del predecessore gli sarà corrisposta tutta o quota della paga, a seconda di speciali convenzioni, che prima si corrispondeva al medico civile richiamato.

(7401) *Trasporto di ossa umane a scopo di insegnamento e di studio.* — Dott. L. A. da C. — La legge sanitaria ed il regolamento di polizia mortuaria vietano il trasporto da un Comune ad un altro di salme umane o cadaveri. Per queste, occorre speciale permesso del Prefetto ed il pagamento di una tassa prestabilita. Però lo scheletro umano, o parte di esso (teschio), non costituisce la salma od il cadavere, in quanto che questo, a differenza di quello, è un complesso di polpa e di ossa, costituente un tutto organico destinato a scomporsi. Perciò le disposizioni in vigore che vietano il trasporto delle salme non possono applicarsi alle semplici ossa, agli scheletri od a parte di essi, già disseccate e che non presentano pericolo per l'igiene e la pubblica salute. Gli scheletri possono essere ragguagliati alle ceneri derivanti dalla cremazione e, quindi, al pari di queste, possono essere trasportate senza autorizzazione di sorta. Tale parere espresse anche il Consiglio di Stato fin dal 23 settembre 1896. E ciò indipendentemente dall'uso cui debbono servire gli scheletri, sia per insegnamento o studio o per altro. Essendo i teschi destinati ad un Istituto scientifico dello Stato non erano poi soggetti nel trasporto a pagamento di tassa, giusta quanto fu stabilito con risoluzione ministeriale del 23 marzo 1899, n. 23840. Non è al caso applicabile il disposto dell'art. 144 del Codice penale giacchè con l'invio dei teschi all'Istituto di antropologia criminale non si è vilipeso un cadavere umano nè in qualsiasi modo violato un'urna o sepolcro, nè per fine di ingiuria nè per altro illecito scopo.

(7402) *Debiti verso i medici - Prescrizione.* — Dott. G. A. R. da A. della R. — La disposizione contenuta nel D. L. citato è di indole generale e si applica anche ai debiti che le famiglie dei militari abbiano verso i medici. Non vi è, quindi, a temere della prescrizione nè occorrono atti interruttivi. Occorre, però, che il debito sia certo, liquido, ed esigibile.

(7403) *Aumento sessennale - Aumento di stipendio.* — Dott. G. B. da V. — L'aumento sessennale decorre dal giorno in cui si è ottenuta la nomina a titolare della condotta, e, cioè, dal 5 settembre 1912. Poichè l'assegno per la carica di ufficiale sanitario è compreso nello stipendio, l'aumento sessennale deve essere di L. 400 e non di L. 380. Sempre quando il Consiglio comunale lo deliberi, può ottenere l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo non ostante abbia conseguito o contemporaneamente conseguisca il sessennio.

(7404) *Aumento di stipendio.* — Dott. E. Z. da L. — Al medico condotto sotto le armi può anche durante il servizio militare essere aumentato dalla amministrazione da cui dipende lo stipendio in conformità del disposto dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Al medico supplente, il cui posto sia compreso nella pianta organica, compete egualmente l'aumento dello stipendio che fosse disposto dalla amministrazione comunale. All'interino detto aumento non compete quando ricopre un posto il cui titolare trovisi sotto le armi o sia, per altra causa, temporaneamente assente.

(7405) *Destinazione di servizio.* — Dott. P. M. T. da B. — Spetta alla Giunta municipale e per essa

al sindaco di stabilire il luogo ove il medico deve, nell'ambito del territorio della città, eseguire la prestazione professionale di condotta. Però se Ella fu inviata nel Comune con l'espresso incarico di sostituire il collega di città chiamato sotto le armi, contro la diversa destinazione indicatale dalla amministrazione municipale può ricorrere o alle autorità che lo inviarono sul posto o al Consiglio comunale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 1585:

Il limite di età stabilito per la nomina dei sottotenenti di complemento a tenenti effettivi corrisponde al trentaduesimo anno di età. Nominato tenente effettivo, Ella non può, durante la guerra, dimettersi da tale grado.

Al dott. L. M. da F.:

In seguito alle nuove disposizioni tutti gli esoneri concessi sono stati ora revocati. Le Prefetture debbono, nei casi come il suo, ripetere tutta la pratica per ottenere dal Ministero la concessione di un nuovo esonero.

All'abb. n. 1143:

La determinazione sovrana per la nomina a cavaliere riguarda soltanto gli ufficiali del R. Esercito. Circa i diritti ed i doveri non si può dire che siano identici per gli ufficiali superiori della Croce Rossa rispetto a quelli del R. Esercito.

All'abb. n. 3418:

Occorre distinguere se Ella è stato semplicemente ritirato dalla zona di guerra e *comandato* ad un servizio civile, nel qual caso non le spettano che gli assegni e le indennità del grado militare, oppure se è stato *esonerato* per un servizio civile. In questo ultimo caso le spetta il comune stipendio che compensa ordinariamente il servizio civile da lei compiuto.

All'abb. n. 4695:

La circolare 397 del G. M. del 1917 stabilisce che *tutti gli assegni in genere e non il solo stipendio* vengano dati anche se arretrati in base al bollettino di nomina.

All'abb. n. 4392:

Dei capitani medici di M. T. e Riserva sono stati promossi primi capitani quelli con anzianità anteriore al 14 gennaio 1915.

Al dott. S. P., Zona di guerra:

Non solo non può, ma quel militare commette un atto contro la disciplina.

Al dott. U. S. da R.:

Compiuto un anno di servizio dall'epoca del suo richiamo in servizio, Ella può esser promosso maggiore. (Art. 2, circolare 752, G. M. 1916).

Al dott. F. B. da C. T.:

Quando Ella abbia compiuti 4 mesi *in zona di operazioni*, potrà venir compilato, dalle autorità da cui dipende, il suo specchio di avanzamento al grado di capitano, poichè, data la sua anzianità di grado, Ella ne avrà pieno diritto. (Art. 1, circolare 752 del G. M. 1916).

Al dott. R. C. da G.:

Le promozioni per anzianità dei tenenti medici di M. T. nominati a tutto il 30 aprile 1916 con 4 mesi di servizio nell'Esercito operante sono già avvenute. I ricorsi per ottenere tale promozione possono essere fatti al Ministero della guerra per via gerarchica.

All'abb. n. 9818:

Avendo Ella prestato servizio in zona di guerra può essere promosso quando giungerà il suo turno, se idoneo all'avanzamento, ed il tempo trascorso in congedo è utile agli effetti dell'anzianità.

Alla Presidenza dell'Ordine dei medici di Cagliari:

Occorre distinguere: per la promozione a maggiore i limiti sono tuttora fissi al 14 gennaio 1915. Per essere iscritto sul quadro di avanzamento a tutto il corrente anno i limiti sono pei capitani fissati all'anzianità del 13 maggio 1915. Evidentemente nella risposta all'abb. n. 2507 è incorso un errore, poichè doveva leggersi 1915 e non 1916.

All'abb. n. 8912:

Ella non è mai stato trasferito nel corpo sanitario militare, ma vi ha solamente prestato servizio. Non potrebbe in alcun modo convenirle far effettivo passaggio alla Sanità militare, perchè perderebbe con tale passaggio ogni anzianità di grado.

All'abb. n. 272:

Se Ella verrà *comandato* a prestar servizio come medico condotto, le spetterà solo lo stipendio e le indennità relative al grado. Se invece verrà *esonerato* per un servizio civile quale esso sia, Le cesseranno gli assegni militari e le spetterà lo stipendio del Comune. Può, se esonerato, provare a chiedere il cambio di servizio, sempre col consenso della Prefettura.

All'abb. n. 1774:

I capitani medici con anzianità ottobre 1909 sono già stati tutti promossi maggiori. I Distretti dovrebbero comunicare le promozioni agli ufficiali in congedo, ma dato il gran lavoro attuale dei Comandi di Distretto, può darsi che avvenga qualche omissione.

Al dott. G. G. da R.:

Secondo i vigenti regolamenti la Sua anzianità nel grado di capitano sarà quella del *decreto di nomina*, senza tener conto dell'anzianità e del grado di quelli che furono un tempo suoi colleghi del corso di Firenze. Infatti la sua nomina avverrà *per titoli*, con procedura quindi diversa da quella per la quale si è effettuata la loro promozione, che fu per anzianità.

All'abb. n. 9526:

Se Ella fa parte del personale militare addetto al servizio del campo dei prigionieri, è ovvio che Le spetti lo stesso trattamento circa indennità, ecc., che compete agli altri ufficiali.

Al dott. U. F., Zona di guerra:

Se gravi ragioni di servizio lo impongono, l'autorità militare dalla quale Ella dipende può trattenerla in servizio fino a che non venga inviato altro ufficiale a sostituirla.

All'abb. n. 4387:

Le promozioni per gli ufficiali superiori della Croce Rossa avvengono con norme speciali che diversificano da quelle adottate per gli ufficiali medici del R. Esercito.

Al dott. R. R. da Q. A.:

Diritto no, perchè a rigor di termini la concessione dei due mesi di stipendio, dopo l'avvenuta mobilitazione, è sancita per gli impiegati dello Stato. Molti comuni però si sono uniformati a tale norma a beneficio del proprio medico condotto.

All'abb. n. 3308:

Chieda di essere sottoposto a visita collegiale onde la sua inabilità assoluta a qualsiasi servizio venga comprovata.

Al dott. S. O. da F.:

I provvedimenti economici a cui Ella accenna riguardano i militari di truppa, e non gli ufficiali.

Circa la protesta che sussegue non la ritengo pubblicabile.

All'abb. n. 6127:

I quesiti da lei fatti escono dalla competenza sanitaria militare della rubrica: sono delle questioni amministrative che molto agevolmente potranno essere dilucidate dall'ufficiale di amministrazione del suo reggimento.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La direzione della Sanità Militare del Corpo d'armata di Roma è stata assunta dal colonnello medico Arcangelo Mennella.

Ben noto nell'ambiente medico romano, ove egli si era fatto apprezzare per il valore professionale e per la vasta coltura, ritorna a noi dalla zona di guerra, ove ha rivelato rare qualità di organizzatore ed una operosità fattiva, che ora vengono meritamente sanzionate.

Gli diamo un cordiale benevenuto.

Il dott. prof. Giovanni Masnata, maggiore medico di complemento, è stato promosso con D. L. 14 luglio u. s. — a scelta — al grado di tenente colonnello medico, continuando nell'attuale sua carica di direttore degli ospedali militari di riserva di Stradella.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOTIZIE DIVERSE

Il colera in Europa.

La Russia è sempre più gravemente colpita; si parla di 500 morti al giorno a Pietrogrado, di oltre 200 a Mosca, di migliaia di casi a Saratow, ecc.

Il morbo è diffuso da tempo anche in Turchia.

Attraverso la Russia e la Turchia è penetrato in Austria, dalla quale giungono notizie allarmanti. Comincia ad infiltrarsi in Germania. Si è rapidamente diffuso in Finlandia.

Casi di colera sono avvenuti a bordo di varie navi che facevano scalo nei porti scandinavi.

Severe misure profilattiche sono state adottate dai governi norvegese, svedese e finno-germanico.

Per fortuna l'estate, in cui l'epidemia suole raggiungere il massimo di violenza, è prossima a passare.

Queste notizie sono desunte dal «Lancet» e dal «Medical Record».

La «febbre spagnola» in Svizzera.

Il «Lancet» del 3 agosto reca che negli ultimi due mesi si è avuta una intensa epidemia della così detta *«grippe» spagnola* in tutta la Svizzera.

Ai primi di luglio la gravità degli attacchi aumentò repentinamente; venivano segnalati varî casi letali specialmente nei Cantoni di Berna, Basilea, Lucerna e Zurigo. A Berna venne colpito un quinto della popolazione e più. Nella guarnigione di Château d'Oex, fino al 15 luglio si erano avuti 11,000 casi, con 305 morti; e fra 250 soldati inglesi internati, si erano avuti 6 morti.

La Croce Rossa Americana ha stanziato la somma di mezzo milione per provvedere all'assistenza dei militari malati e convalescenti.

Nel Cantone di Vaud è stata resa obbligatoria la denunzia, sono stati proibiti gli assembramenti e sospese le visite delle persone di famiglia ai ricoverati negli ospedali.

La classe medica non è certamente sfuggita alla malattia: tra gli altri casi letali, è da registrare quello del dott. Steiger, primo assistente alla Clinica medica di Zurigo, diretta dal professore Eichhorst.

Le morti sono dovute in prevalenza a polmoniti secondarie.

Un'epidemia misteriosa.

A partire dal 1890 erano stati segnalati, in varie regioni d'Europa, casi sporadici di una malattia gravissima, caratterizzata da profonda sonnolenza; se ne erano avuti anche in Italia. Ma questa forma morbosa richiamò solo fugacemente l'attenzione dei medici: si finì col parlarne come di una leggenda.

Ora la malattia ha acquistato una discreta diffusione in Francia, dove è designata come encefalite letargica epidemica, nome datole da Netter, che ne ha descritti 15 casi e ha raccolto notizia di altri 56 casi. La malattia si manifesta con cefalea, prostrazione, sonnolenza; questa nei casi letali si trasforma in coma; sono sempre presenti sintomi

oculari: ptosi palpebrale, strabismo, nistagno, paresi del riflesso pupillare; il decorso può protrarsi per varie settimane; la mortalità è del 50 %.

La malattia è stata descritta anche nell'Inghilterra, ove però dominano il quadro i sintomi oculari, onde il nome di mesencefalite epidemica. In principio si era pensato a botulismo. Qualche medico l'ha detta «malattia X».

Si tende oggi ad ammettere che si tratti di una forma anomala di poliomielite anteriore acuta, dalla quale però si differenzia sotto molti riguardi: tra l'altro, colpisce di preferenza gli adulti.

(Dagli «Archives médicales belges» e dal «Medical Record»).

Congresso della Società Italiana per il progresso delle Scienze.

È stato indetto anche per quest'anno. La sede prescelta è Pisa. Fra i relatori figurano i professori Bottazzi, Di Vestea, Ranelletti, ecc. Tema principale sarà il seguente: «Risorse naturali d'Italia».

Esposizione dei prodotti scientifici britannici.

Si è aperta a Londra un'esposizione dei prodotti scientifici britannici.

Il presidente ha richiamato l'attenzione degli intervenuti all'inaugurazione sui grandi progressi ottenuti dagli industriali inglesi dal principio della guerra.

La potassa pura, che è necessaria per certe specie di vetro, è ottenuta ora per mezzo di un nuovo processo elettrolitico. La Gran Bretagna non dovrà più rivolgersi alla Germania per questo prodotto o per il vetro stesso.

Le industrie chimiche inglesi bastano oggi a tutte le richieste di prodotti, sintetici, organici, coloranti, fotografici, estrattivi, di cui la Germania aveva praticamente il monopolio.

Una colonia marina in provincia di Siracusa.

È stata inaugurata ad Agnone Bagni la colonia marina «Giovanni Riso», con scuola all'aperto, per 25 bambini, dovuta all'iniziativa, alla volontà tenace ed al buon cuore del dott. Piazza di Lentini.

Assistevano alla cerimonia il prefetto comm. Masino, il medico provinciale comm. Mauceri, le rappresentanze dei Comuni di Lentini, Francofonte e Carlentini e molte autorità. Parlarono il dottor Piazza, il comm. Masino per il governo e l'avvocato Sgalambro per i Comuni. Pervennero numerose adesioni.

Controllo sulle paste minute e glutinate.

Un decreto del Ministro degli approvvigionamenti e consumi in data 19 agosto disciplina la produzione e la vendita della pasta minuta e glutinata; vieta la produzione di pastina minuta secca preparata con uova; stabilisce il contingentamento per provincia; fissa i prezzi di vendita al minuto (L. 6 al kg. al massimo per le pastine glutinate e L. 2.50 per le altre), ecc.

Per la nomina a coadiutori nei laboratori della Sanità pubblica.

Un D. L. stabilisce che durante la guerra le nomine ai posti di coadiutore nei laboratori della Sanità pubblica, che sono o si rendessero vacanti, saranno conferiti agli assistenti di laboratorio che abbiano sei anni di servizio e che ne siano riconosciuti meritevoli, nei modi e nella forma degli art. 1 e seg. del D. L. 3 dicembre 1916.

Vittime del dovere.

Di un'infezione contratta in servizio, è morto a Tripoli, ove dirigeva la Stazione Sanitaria Marittima, il dott. cav. Ferdinando Savarese, da Napoli.

Era stato assistente alla Clinica medica diretta dal prof. Rummo ed assistente agli Ospedali Riuniti di Napoli.

Per infezione contratta nell'adempimento della sua missione, è morta nell'ospedale militare contumaciale di Reggio Emilia la dama della Croce Rossa Anna Dianese, di origine friulana, già fregiata della medaglia d'oro per l'assistenza assidua, affettuosa e intelligente prodigata ai nostri soldati fin dallo scoppio della nostra guerra.

Al Ministero della Salute pubblica in Austria è stato chiamato l'on. Horboezewski, già ministro senza portafoglio.

Indice alfabetico per materie.

Assicurazioni sulla vita: insidie nelle visite mediche e simulazioni . . . . *Pag.* 827
Bacilliferi: trattamento con iniezioni di latte . . . . » 835
Caso Bossi: A proposito del — . . . . » 840
Chinina: iniezioni endovenose . . . . . » 836
Dissenteria bacillare: vaccinoterapia specifica . . . . » 835
Disservizio postale . . . . » 839
Eclampsia: trattamento . . . . » 829
Epilessia sifilitica . . . . » 834
Medici provinciali: esercizio professionale . . . . » 839
Meningite sifilitica acuta . . . . . . » 834
Segno della vetro-pressione: diagnosi differenziale tra tubercolosi e sifilide cutanea . . . . *Pag.* 833
Sifilide: diagnosi delle lesioni contagiose col metodo Fontana-Tribondeau . . . » 836
Tifo: crepitio xifoideo . . . . » 823
Tubercolosi nei reduci dalla zona di operazioni . . . . » 832
Ufficiali medici di complemento: per le promozioni . . . . » 840
Ulcera gastrica e duodenale: trattamento . . . . » 831
Vaccinazione antitifica: fenomeni surrenali . . . . » 835

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp.*
(24)

Anno XXV. Roma, 8 settembre 1918 Fasc. 36.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Breccia: Le concause della tubercolosi polmonare e la loro importanza clinica e profilattica. — **Note di tecnica:** G. L. Fiori: La trazione continua nei monconi di amputazione. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: F. Lommel: Sulla diagnosi e sul trattamento del tifo. — CHIRURGIA: R. Leriche: L'asportazione sottoperiostea larga dei frammenti ossei in primo tempo nel trattamento delle fratture da proiettili di artiglieria. — Monprofit e L. Courty: Sul trattamento delle fratture del gomito da proiettili di guerra nella chirurgia dei posti avanzati. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Società Medica Chirurgica di Bologna.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Paraplegie organiche, senza lesione della dura madre, nelle ferite del rachide da proiettili. — Emiplegia transitoria. — TERAPIA: Il trattamento dell'appendicite acuta. — TECNICA: L'isolamento dei bacilli dissenterici dalle feci. — MEDICINA SCIENTIFICA: L'effetto del freddo sui parassiti malarici. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Amministrazione sanitaria:** Disposizioni per la difesa sociale contro la tubercolosi. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Le concause della tubercolosi polmonare e la loro importanza clinica e profilattica

per il prof. dott. GIOACCHINO BRECCIA
della R. Università di Genova.

Avevo divisato di non toccare per il momento il problema clinico e profilattico della tubercolosi polmonare (1), e non l'avrei fatto, se provvedimenti di Stato e lodevole zelo dei cultori delle scienze medico-sociali non avessero anticipato sul prevedibile il tempo dell'azione.

Il programma clinico e profilattico della lotta antitubercolare ha infiniti punti di vista, tutti d'importanza rilevantissima, la cui ampiezza esorbita la comprensione di una nota.

Con questa io non farò per ora che accennare ad alcune per quanto cognite facce del prisma molteplice, che non mi sembra opportuno nè utile lasciar affondare nel mare delle proposte e delle discussioni.

Esistono delle *concause*, che cooperano in modo atrocemente efficace alla diffusione della infezione tubercolare, la cui ormai annosa-

(1) BRECCIA. *Le malattie tubercolari del polmone nelle truppe in guerra.* — Rivista ospedaliera, n. 2, 1918.

mente invocata remozione, per quanto indispensabile, come starei per dire la distruzione del contagio vivo, implica disgraziatamente non soltanto uno sforzo di buona volontà, o un ammirevole apostolato della più perfetta organizzazione di soccorso.

Anzitutto bisogna porre, come non più discutibile, che il bacillo di Koch, contro cui si appuntano tutte le offensive dei clinici e dei profilattici e che attacca, spesso, secondo i documenti anatomici, con esito inane, i buoni tre quarti della umanità, non è tutto il pericolo, non è il solo pericolo.

Questa enunciazione è così pacifica e così antica, che oramai ne arrossiscono le carte moderne. Certo, assente il contagio è assente il nemico. Ma la penetrazione del bacillo nell'organismo umano non è ancora la tubercolosi.

Già da molti anni il De-Giovanni morfologicamente e il Maragliano biologicamente hanno insegnato che la personalità del soggetto è un coefficiente di primissimo ordine, perchè la malattia tubercolare del polmone, o di qualsiasi altro organo, avvenga; sia, quale essa è, o non sia minimamente. La difesa, che l'organismo al contagio oppone con la sua costituzione morfologico-strutturale e la opposizione, che esso mette in atto con reazioni istologico-umorali, d'ordine così generale che locale, sono entità di fatto, che non richiedono, per essere comprese, che la semplice denominazione.

Anche questo enunciato è già così antico, che ormai val la pena di riaffermarlo modernamente, perchè non vada trascurato.

Ma nel caso della lotta antitubercolare è caratteristico il fatto, che le più vecchie ed ovvie constatazioni non possano trovare efficace provvedimento e che il nuovo sia spesso la ripresentazione tautologica del vecchio e già noto; bastino come esempio le denominazioni di *predisposti, pretubercolosi* e *portatori di focolai tubercolari*.

È di necessaria evidenza, dunque, ammettere che, fisso rimanendo il tipo morfologico del soggetto, di pari passo con la presenza del contagio vivo, si debba associare la disfatta delle difese *locali* e *generali*, appartenenti entrambe alla categoria delle reazioni istologiche ed umorali (note od ignote, accertabili o meno), perchè si abbia prima la formazione di un focolaio tubercolare più o meno localizzato e perchè (ciò è ben altra cosa) da esso si crei poi una malattia tubercolare, val quanto dire: *una localizzazione efficiente, sia anatomicamente, sia biologicamente.*

(2)

Cosicchè il passaggio da portatore più o meno duraturo di bacilli tubercolari a portatore di focolai tubercolari ed infine a portatore di una malattia tubercolare attiva si fa attraverso ad altrettanti periodi o tappe di insufficienza delle difese organiche, salvo la complicità di particolari disposizioni morfologico-strutturali (De-Giovanni).

Queste probabilmente sono esse stesse l'esponente fisico di una incapacità difensiva, intesa in modo complessivo e molteplice, o per lo meno ristretta nell'ambito del modo di essere locale e territoriale.

Conseguenza pratica clinico-profilattica:

È necessaria una bonifica umana debitamente valutata nel campo della lotta antitubercolare.

Tale bonifica deve essere rivolta a valorizzare il substrato anatomo-fisiologico (De-Giovanni), la reattività isto-umorale (Maragliano), ed infine e in generale il «complesso dell'*habitat* vegetativo», che si apparecchia al contagio tubercolare, quella volta che avvenga.

Ora è possibile, secondo il De-Giovanni, modificare il tipo morfologico, che offre maggiore attecchibilità tubercolare, in uno di minore o di negativa attecchibilità; così che il più o meno transitorio portatore di bacilli non addivenga un portatore di focolai tubercolari, e questo non giunga ad essere un tubercoloso in evoluzione.

È possibile, secondo il Maragliano, conferire all'organismo umano le virtù difensive contro la evoluzione della infezione tubercolare, così che la scala anzidetta non sia scesa fatalmente fino alla evoluzione inarginabile del processo morboso.

È possibile, infine, secondo i risultati classici di tutti gli igienisti, eliminare le concause occasionali, ad azione generale e locale, della evoluzione tubercolare, e correggere in senso favorevole le resistenze organiche trofo-vegetative a beneficio poi anche, al di là dell'ambito tisioprofilattico, dello sviluppo e dell'incremento della razza.

Ora è bene ricordare che valorizzare la razza vale valorizzare il primo, l'unico ed essenziale patrimonio nazionale (1); cosicchè poi *chiunque ed in qualsiasi modo fa opera di miglioramento sociale, fa per ciò stesso un miglioramento igienico e automaticamente tisioprofilattico.*

Io appartengo alla categoria di chi ritiene che, fintantochè la *bonifica umana* non riesca

(1) BRECCIA. *Concetto e scopi della medicina sociale.* — Medicina sociale, Napoli, 1913.

a sopprimere le cagioni, che perpetuano la esistenza dei *minorati* della razza e non si giunga di questa a rigenerare la stoffa organica, le concause della diffusione tubercolare non permetteranno al clinico e al profilattico che di mitigare i danni del fatto compiuto e con modesto vantaggio nella migliore ipotesi.

Come in tutte le infezioni, che si trasmettono da uomo a uomo, la estinzione del contagio morboso non si ha che distruggendo il germe, avanti che si diffonda, o sopprimendo la possibilità che vi siano in alcun modo disseminatori dei germi patogeni. Quest'ultimo compito è evidentemente il più radicale. Nel caso della tubercolosi, non si effettua altrimenti tale possibilità, che diminuendo con la *bonifica umana* il numero di coloro che possano addivenire dei malati evolutivi e per ciò stesso infettanti; in altre parole, dei disseminatori di germi.

Fino a tanto che non sia possibile conoscere o isolare *tutti* i disseminatori di contagio, è di essenziale necessità rivolgersi ai portatori di focolai tubercolari di qualunque entità ed in qualsiasi sede, ed esperire in essi la «bonifica» morfologica, specifica o generale. *I focolai tubercolari per quanto antichi sono sempre un pericolo pei portatori* (1); *la loro attivabilità non è mai prevedibile, è sempre imminente e difficilmente controllabile.*

Recentemente ho udito da uno dei più eminenti pediatri d'Italia una proposizione, che ha a questo scopo una importanza straordinaria: «*La tubercolosi è una malattia eminentemente pediatrica*».

Infatti nei primi periodi della vita le reazioni di sensibilità tubercolinica sono assenti nel bambino; evidentemente la comparsa di queste sta ad indicare l'avvenuta formazione di un focolaio tubercolare, di cui nessuno potrà mai dire, se sia destinato a perpetua quiescenza. Inoltre le forme di broncopolmonite della infanzia prediligono, come è noto, l'apice (il destro), lasciando con una certa frequenza e per un tempo indeterminatamente lungo quelle diminuzioni dell'ampiezza e della sonorità, in generale della capacità apicale, che i pediatri constatano ordinariamente e che i medici sono inclini ad attribuire sempre a focolai tubercolari. Tuttavia anche queste minorazioni nella struttura dell'apice, mentre occorre non confondere con localizzazioni attuali specifiche, sono senza dubbio dei substrati anatomici particolarmente compromettenti (1). È infine nell'infanzia che si iniziano le deviazioni morfologiche somatiche, che determinano il *tipo* recettivo e le *ipocapacità apicali* di cui altrove.

Questi accenni fugacissimi servano ad indicare, fino da quando occorra iniziare la bonifica, fin da quando sia necessario di orientare rettamente gli accertamenti con probabilità di riuscita, quale importanza assuma la igiene e la «cultura» del bambino e del fanciullo agli scopi tisioprofilattici.

Ora la *bonifica umana*, io diceva, non è soltanto quistione di organizzazione e di zelo; è un'opera altrettanto complessa e spinosa, quanto indispensabile, se la lotta antitubercolare non debba ridursi a curare i malati, non diversamente da quanto si fa tradizionalmente con modesto successo nella pratica comune o in ospedale.

La *bonifica umana* morfologica sarà, per esempio, il «trenaggio» degl'individui con «errori di evoluzione scheletrica», sarà la ginnastica fisiologica e l'educazione respiratoria, la vita all'aria aperta, per i soggetti con ipocapacità-toracica, sarà la elezione del mestiere nei tipi «disvoluti morfologicamente», secondo i voti del De-Giovanni. Sarà fatta a base della profilassi immunitaria specifica, cercando di determinare nel soggetto reazioni di difesa contro l'invasione del germe specifico, secondo gl'insegnamenti del Maragliano. Ma la *bonifica umana* deve ancora essere etnica e sociale, vale a dire evolutiva e preservativa della collettività umana di fronte a ogni fattore etiologico; con ciò si ottiene la rivalorizzazione della razza. Ma questa bonifica include dei problemi igienico-economici, che costano più di un sanatorio, che toccano maggior numero di interessi, che un dispensario antitubercolare ed avanti tutto non ha la virtù di creare benemerenze.

Da tempo immemorabile ormai si conviene tutti nel pensiero che la tubercolosi è l'esponente della miseria economica e morale della popolazione e il castigo degli errori e delle imprevidenze igieniche e sociali.

Quindi la bonifica umana si fonda sul concetto: «tutti i *minorati*, se non sono già, rischiano grandemente di divenire portatori di focolai tubercolari; e, se sono, minacciano di

---

(1) BRECCIA. *Il Pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare. Guida teorico-pratica e studi originali.* — Rosemberg Sellier, Torino.

(1) BRECCIA. *La diminuzione della capacità respiratoria apicale senza esponenti di localizzazione tubercolare.* — Gazz. Intern. di med., chir. e ig., n. 8, 30 aprile 1918.

trasformarsi in tubercolosi attivi e inarginabili, non appena il *deficit* organico superi un certo massimo, imprecisabile da caso a caso, o anche senza causa apprezzabile ». Questa enunciazione, per essere di volgare conoscenza, va come tale perdendo ogni efficacia suggestiva.

Tutta l'igiene sociale rientra, come ben s'intende, e ne fa parte integrante, nella bonifica antitubercolare.

1° *L'igiene eugenetica.* — I deboli generano i deboli e i deboli sono facile preda delle malattie tubercolari. Senza entrare nella dottrina della eredità della infezione o della predisposizione, si può parlare in un certo senso di *tubercolosi familiare.*

2° *L'igiene alimentare.* — I denutriti e gli autofagi sono dei minorati gravi e come tali esposti alla tubercolosi in modo particolare: la *tubercolosi dei denutriti.*

3° *L'igiene edilizia.* — Le improprie abitazioni agevolano i contagi, e primo fra tutti il contagio tubercolare, come quello che è il più generalmente diffuso: la *tubercolosi da malsania edilizia.*

4° *L'igiene del lavoro.* — I sovraffaticati e gli addetti a lavori tossici, polverosi, malsani, penosi, mal regolati, sono esposti, per cause favorienti locali o generali, a gravi infezioni tubercolari: la *tubercolosi da lavoro.*

5° *L'igiene etica.* — L'alcoolismo e i contagi venereo-luetici, p. e., sono cause che minorano grandemente la resistenza organica e con ciò stesso agevolano l'infezione tubercolare; così si dica di tutti i disordini della condotta o del regime.

Nè si obbietti che queste, anzichè concause della tubercolosi, sono concause di qualsiasi altra infermità; poichè, se ciò è vero teoricamente, sta per altro in fatto che, pure potendo tali cagioni favorire ogni stato morboso, esistono delle, dire quasi, endemie tubercolari, unicamente favoreggiate da simili antecedenti, i quali nel fatto assumono la dignità di concause specifiche.

Senza dilungarmi, in certi ceti umani e in certi luoghi, esistono dei veri « nidi » d'infezione tubercolare, unicamente favorita, o da generazioni minorate, ovvero da miseria alimentare, oppure da orribili condizioni delle abitazioni.

Esistono i vari gruppi di gravissime forme tubercolari da lavoro e vi sono numerose serie di casi ben qualificati di malattie tubercolari dovute ad alcoolismo o a deboscia. È indiscutibile che queste concause non producono nella fattispecie che la tubercolosi polmonare, nessun'altra forma morbosa, che la frequenza della tubercolosi varia di pari al variare di esse e che, senza rimuoverle, impossibile addiviene una efficace lotta antitubercolare, mentre la loro eliminazione, senz'altro provvedimento, attenua od elimina la diffusione del morbo.

Concludendo: esistono concause tubercolari d'ordine: *a*) anatomo-morfologico; *b*) d'ordine biologico-specifico; *c*) etnico-sociale (familiare, alimentare, edilizio, da lavoro e di regime). Tali concause, pure essendo di conoscenza universale ed antichissima, hanno una importanza pratica capitale, perchè frustrano qualunque azione, ben diretta, ricca di mezzi e d'energia, nella lotta contro l'unica, forse, endemia universale, la tubercolosi.

* * *

La quale lotta antitubercolare deve naturalmente essere combattuta, non soltanto nelle cause favorienti, occasionali, o determinanti, ma anche negli effetti, come si fa e si farà ancora egregiamente in avvenire, se si dispiegherà almeno una parte di quelle energie, che altrove, all'estero, vengono impiegate e con buon esito. Come di solito, le voci, sorte a suggerire, a biasimare, o a celebrare, sono molte, autorevoli o no; ma questa non è la mia strada.

Credo però utile esprimermi sinceramente su certi punti, sui quali vorrei che « l'organica » della lotta antitubercolare si incardinasse, senza pregiudizio degli altri molti ed interessanti, forse più in vista.

1° Un'azione fattiva antitubercolare dovrebbe avere, a mio credere, unità di concetto, unità di metodica, equabile distribuzione di mezzi proporzionati al bisogno, regolarità, costanza e disciplina di pratica esecuzione. In una parola, essa non può che esser fatta da un ente unico nazionale, *avente efficienza esecutiva.*

2° La lotta antitubercolare, oltre essere un soccorso e una riparazione, avrebbe una buona volta e generosamente ad essere una profilassi e una bonifica: oltre il malato, guardare il portatore di focolai; oltre l'adulto, il bambino nella sua gestazione nel suo allevamento e sviluppo; oltre, insomma, l'effetto, la causa e in modo segnalatissimo la concausa e la terapia di essa, la « bonifica antitubercolare (morfologica, biologica e generale) » in tutti i momenti della vita.

A questo ultimo effetto sgraziatamente gli enti antitubercolari non potranno mai forse dare altro contributo che morale; purtroppo la bonifica umana è quistione economica, è quistione di riforma della vita nazionale.

3° La lotta antitubercolare deve tenere presente il concetto che la tubercolosi è « una malattia pediatrica » e che è una forma morbosa, tanto più, come è noto, debellabile, quanto più presto è diagnosticata.

Quindi s'origina la necessità dell'accertamento metodico, non soltanto delle forme attive, evolutive o infettanti, ma anche dei portatori dei focolai tubercolari al più presto possibile: fra i bambini abbandonati, negli asili, nei ricoveri, nella scuola primaria, per quel che riguarda il primo concetto, e poi nei luoghi di soggiorno collettivo (specie di lavoro), al pari di quanto si fa nei riguardi di tutte le *malattie diffusibili ambulatorie*, e tanto più rigorosamente, in quanto per questa occorre un lungo lavoro di bonifica ad eliminare il pericolo proveniente dai portatori sani, sia pure attualmente innocui, di focolai attivabili.

Certo la pratica di accertamento dei portatori di focolai è la parte più difficile del compito profilattico (1).

4° La lotta antitubercolare, come la lotta contro tutte le malattie diffusibili, occultabili o misconoscibili, che non ostacolano per buon tratto del lunghissimo decorso le comuni occupazioni e il lavoro, non sarà efficace, se non si riesca ad ottenere la tanto invocata coscienza igienica popolare. È necessario, anzichè terrorizzare le masse coll'ignoto o col mal noto, istruirle, nella scuola, nella officina, in conferenze *popolari nelle città e nelle campagne*.

Occorre, indicando i pericoli, far valutare tutta la efficacia dei provvedimenti necessari e bene intesi. La lotta antitubercolare è forse il tipo delle campagne sanitarie, che si fonda in massima parte sulla cooperazione individuale e collettiva degli interessati, infermi, minacciati o sani.

5° Anch'io sono con coloro che credono fermamente che il tubercoloso attivo *infettante* debba essere curato in speciali stabilimenti. Se si può fare eccezione per il malato abbiente, non è concesso mai derogare dalla regola col malato povero, che non può provvedere a sè, e sopratutto evitare per gli altri il pericolo del contagio. So le opinioni contrarie e non è questo il luogo di analizzare le ragioni che mi lasciano nel concetto espresso. Occorre cura razionale ed isolamento: quindi opportuni istituti.

La lotta antitubercolare non credo possa fare a meno del « sanatorio popolare » nei suoi due rami essenziali, sezione gratuita, sezione a diaria minima. Per gran parte del ceto salariato, che trovasi nelle condizioni igieniche e di profilassi del povero, sarebbe indispensabile questa seconda sezione, quando non possa avere ricovero nella prima. Ogni Comune che fornisce un sufficiente numero di tubercolosi, dovrebbe impiantare il suo sanatorio popolare, ed i Comuni che non ne avessero abbastanza da giustificare l'erezione di un luogo di cura, potrebbero riunirsi in consorzio per possederne uno in comune.

Il sanatorio è per me l'unico lazzaretto che dovrebbe funzionare a permanenza; e pensare che in alcuni paesi lo si riguarda con diffidenza, quasi come fomite di contagio!

Non mi è possibile toccare quanto si è detto sulla controversa quistione dei sanatorî.

6° Le condizioni presenti e la mia posizione attuale non mi permettono d'entrare nel concetto della difesa statale e della previdenza statale nei riguardi della tubercolosi.

Se esiste il bisogno di leggi sociali comunali e di Stato, e se tali enti hanno il compito della difesa del paese contro le malattie di diffusione collettiva, la tubercolosi è una di quelle che esigono i più accorti provvedimenti e, sempre seguendo il mio concetto, non soltanto nei riguardi del fatto compiuto, ma sopratutto per ciò che concerne le cause e massimamente le concause. Queste, come vedemmo, mentre gravitano pesantemente sulla morbilità tubercolare, esorbitano dall'ambito circoscritto di una determinata profilassi clinica o igienica, ma rientrano nel vasto campo della rigenerazione sociale.

7° E poichè la lotta antitubercolare si fa anche con la terapia, due sole cose mi piace di segnalare della massima importanza e della massima perfettamente trascurata notorietà:

a) Occorre interdire il libero corso ai sedicenti trattamenti specifici e ai sedicenti specialisti, comunque dilaghino pel mondo, *senza la debita garanzia scientifica*. Essi cagionano il doppio male, anzitutto di far perdere un tempo prezioso al malato, che abbisogna di precoce e razionale terapia, quand'anche non conferiscano a rovinarlo irreparabilmente; in secondo luogo sottraggono un individuo contagioso alla vigilanza e ai provvedimenti, che sono indispensabili all'interesse suo e della comunità e che dovrebbero avere attuazione immediata.

b) Occorre rendere di nozione comune fra i pratici, quando si ritiene erroneamente pertinenza di rami specializzati della medicina soltanto. Tutti i medici dovrebbero essere in

(1) Breccia. *Di alcuni accertamenti d'idoneità a servizi di guerra*. — Policlinico (Sezione pratica), 1917.

grado d'impiegare i veri e incontroversi rimedi specifici con retta indicazione e con consapevole sorveglianza, e i rimedi tradizionali, secondo quanto le esperienze nuove hanno dimostrato in modo incontrastabile. Anche i vecchi trattamenti classici possono essere dannosi! E a tale riguardo non sarebbero mai abbastanza lodati dei corsi di perfezionamento diagnostici, clinici, terapeutici, che diffondessero il più largamente possibile nel ceto medico le novissime vedute scientifiche. Molte forme infatti nel periodo iniziale di manifestazione possono sfuggire, benchè diagnosticabili con i mezzi moderni; in questo periodo esse sarebbero in gran parte curabilissime. Molte di tali forme invece, pure essendo dalla solerzia del pratico in tempo riconosciute, per essere trattate in modo improprio per le conoscenze attuali, sono destinate ad aggravare, spesso irreparabilmente.

***

Della complessa lotta antitubercolare volevo richiamare solo pochissimi punti di comunissima nozione, perchè parvemi che avessero o una importanza superiore a quello che si è soliti di accordar loro, o una attuabilità che, per quanto sembri e sia assai difficile, è tuttavia estremamente urgente e di necessità improrogabile. Credo più utile in questo campo dir cose *vere* che *nuove*.

Io penso infatti che tutte le negligenze di questi desiderata, per lo più ritenuti meno essenziali od irraggiungibili, siano vere e proprie concause della diffusione allarmante della tubercolosi. Vere e proprie concause efficienti e dirette della diffusione tubercolare, nel senso clinico e nel senso igienico della parola, credo addivengano, sia la mancata igiene del lavoro, delle abitazioni, del vitto, sia ogni proroga alla risoluzione del problema sanatoriale, sia infine la mancata divulgazione delle nuove conoscenze di patologia, clinica e terapia tubercolare.

Il richiamo parziale di alcune più trascurate e più importanti concause tubercolari ritengo possa essere utile a sviluppare razionalmente il piano d'azione della lotta urgentissima contro la tubercolosi, la quale a mio giudizio avrebbe esito pressochè nullo, se non fosse collaborata da tutto un risorgimento delle condizioni di vita dei ceti più esposti e da un conveniente universale miglioramento del substrato igienico e biologico umano, poichè la tubercolosi è l'esito naturale, la risultante inevitabile di tutti gli errori igienici e delle miserie umane.

Zona di guerra, 18 maggio 1918.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE DA CAMPO N. 79. ZONA DI GUERRA.

La trazione continua nei monconi di amputazione.

Prof. GIUSEPPE-LUIGI FIORI,
capitano medico, capo-reparto.

Non è molto Ferraresi pubblicò la proposta di applicare la trazione continua mediante pesi alle parti molli dei monconi di amputazione non suturati, adducendo a suo sostegno i buoni risultati già ottenuti in un caso di sua applicazione.

Nel caso citato si trattava di un amputato al 3° inferiore della coscia nel quale la sutura aveva dovuto essere tolta nei primissimi giorni per sepsi della ferita: e i lembi, tolta la sutura, si erano notevolmente retratti fino a lasciare scoperti 5 cm. di femore. La trazione, sebbene applicata dopo 16 giorni, li riportò quasi alla lunghezza primitiva, tanto che i muscoli si saldarono al davanti dell'osso e si formò una piccola cicatrice terminale aderente che dopo 36 giorni era quasi completamente epitelizzata.

Io ho applicato il sistema della trazione continua, come ha suggerito Ferraresi, in un amputato alla coscia che presentava per il riavvicinamento e la riunione dei lembi cutaneo-muscolari condizioni anche più sfavorevoli che non il caso descritto da questo A. Infatti in questo i lembi erano, inizialmente almeno, sufficienti ed era stata praticata la sutura, nel mio erano invece insufficienti. E tuttavia ne ho ottenuto un risultato così buono che è indicato che io lo renda noto.

D... S..., soldato del ... fanteria, è ammesso il 18 dicembre **1916** per ferite multiple da scheggie di granata al tronco e agli arti, la maggior parte delle quali vengono subito estratte. La mattina seguente, alla medicazione, si constata la comparsa di un'infezione gassosa a tipo gangrenoso con punto di partenza da una ferita al terzo superiore della gamba destra.

I muscoli antero-laterali sono necrotici (aspetto di carne lessa). Pratico profondi sbrigliamenti anteriormente e posteriormente ma il processo non si arresta, e dopo qualche ora quasi tutti i muscoli anche i posteriori hanno assunto aspetto nerastro quasi piceo. Allora ricorro all'amputazione della coscia. L'amputazione è eseguita al 3° inferiore col metodo a sezione piana (metodo Pauchet seconda maniera). Per tal modo devo rinunciare, come è mio intendimento, alla sutura del moncone per la quale i lembi non sarebbero sufficienti. Tuttavia per impedire una retrazione eccessiva delle parti molli, applico quattro punti profondi cutaneo-muscolari di ravvicinamento.

Il decorso postoperatorio fu soddisfacente: si avverò solo nei primi 10 giorni una leggera

suppurazione superficiale. I punti poterono essere lasciati in sito 15 giorni. Al 15° giorno residuava una piaga cutanea dovunque bene granuleggiante di figura ovale, con un diametro trasversale di cm. 9 pari al diametro dell'arto e uno antero-posteriore di cm. 6 (vedi figura). Tolti



i punti cominciai la trazione a pesi (gr. 500-650) mediante due striscie di cerotto applicate a forma di ansa, incrociate al davanti e a una certa distanza dell'estremo del moncone. Sul punto di incrocio applicavo la trazione e facendo avvenire l'incrocio più o meno eccentricamente per rispetto all'asse del moncone, ottenevo di far agire la trazione ora più su un lato di esso ora più sull'altro a seconda del bisogno. In questa guisa ebbi un rapido ravvicinamento dei lembi cutanei e dei muscoli che accelerò molto la guarigione tanto che dopo 35 giorni il moncone era completamente cicatrizzato. La cicatrice risultò molto meno estesa della piaga cutanea iniziale, misurava trasversalmente 9 cm., nel senso antero-posteriore cm. 1-1.5, era aderente.

Inoltre tanto i muscoli quanto la pelle erano esuberanti così da potere essere portati a contatto. Perciò per migliorare le condizioni escisi la cicatrice e diminuiti i bordi cutaneo-muscolari ne feci la sutura. Appena praticata la operazione dovetti lasciare l'ospedale per un mese. Al mio ritorno il paziente era stato trasferito. I medici succedutimi nella cura mi hanno informato che la sutura ha tenuto e che fu tolta al 9° giorno.

Nel caso descritto pertanto risulta questo fatto notevole che sebbene l'amputazione sia stata eseguita con un metodo che non poteva dare e non aveva dato lembi sufficienti a rivestire il moncone, applicando la trazione continua le condizioni da questo punto di vista migliorarono molto e così si avverò dapprima rapidamente la guarigione con una cicatrice più ristretta della piaga iniziale e secondariamente si potè con una operazione di plastica escisa la cicatrice, portare a mutuo contatto lo strato muscolare e la pelle.

Il risultato descritto appare tanto più soddisfacente se si tiene conto che inizialmente i muscoli appena potevano essere riavvicinati nel loro piano più profondo e la pelle era assolutamente insufficiente a coprire il moncone e queste condizioni, senza l'intervento della trazione, sarebbero andate peggiorando.

Riconosco che in parte l'allungamento dei tegumenti è stato solo apparente e dovuto al fatto che in seguito all'ipertrofia muscolare erasi assottigliato il moncone da rivestire, ma ciò non basta a spiegare e, lo sappiamo dall'esperienza, a produrre da solo il risultato.

Da questo siamo autorizzati a concludere che la trazione continua su i lembi insufficienti dei monconi di amputazione può dare dei vantaggi.

Non voglio con ciò concludere a tesi affermando che questo espediente debba sempre salvare la situazione rimediando anche ai casi più disperati. Nel fatto si avrà una gradazione di risultati a seconda del punto di partenza. E cioè si potrà nelle condizioni più favorevoli ottenere un moncone abbastanza buono per l'uso immediato, oppure in caso contrario semplicemente guadagnare stoffa per la successiva regolarizzazione operatoria del moncone ed al tempo stesso abbreviare il periodo della cicatrizzazione di esso.

Il caso mio e quello di Ferraresi possono fornire qualche norma di giudizio e di previsione a questo riguardo.

Riconosco che sarebbe stato più convincente addurre a prova di queste affermazioni l'esperienza di un maggior numero di casi: ma il mio scritto non ha perciò la pretesa di riferire conclusioni definitive e si propone invece di richiamare l'attenzione su questo metodo della trazione continua, mentre culminano le circostanze nelle quali esso può essere maggiormente utile. Difatti è appunto ora mentre dura la guerra, che per le condizioni di ressa operatoria e di difficoltate precauzioni asettiche nelle quali spesso si deve agire che si va incontro più facilmente a complicanze infettive che obbligano a togliere precocemente la sutura o anche a rinunciare a tutta prima alla sua esecuzione come misura profilattica contro le infezioni, o addirittura a praticare amputazioni in cui la stessa formazione dei lembi è con intenzione trascurata (amputazione a *saucisson*) per la stessa causa.

In tutti questi casi tende ad avverarsi una notevole retrazione delle parti molli, e ciò determina insieme con un ritardo nella guarigione una classica conicità del moncone.

Potrebbe qualcuno obbiettare a questo punto che meglio sarebbe non esporsi alla necessità di ricorrere a questo rimedio tralasciando di praticare quei metodi di amputazione irregolari che non danno lembi sufficienti. È questa una questione la cui discussione porterebbe fuori argomento. Sta di fatto che tale metodo viene usato (Pauchet, Quénu Morestin, ecc.), e io stesso ho trovato utile l'averlo adottato

operando in ambienti e circostanze meno favorevoli. Mi riferisco alle particolari condizioni che si verificarono al principio della nostra guerra. Ma anche a prescindere da questa speciale indicazione resterebbe per la trazione continua un campo di applicazione in quei casi nei quali la sutura ha dovuto essere praticata solo parzialmente oppure precocemente tolta.

Il sistema della trazione continua si raccomanda per la sua semplicità; per attuarlo bastano poche striscie di cerotto, una funicella e un dispositivo a puleggia come per la cura delle fratture alla Volkmann. Agli ospedali da campo è dato in dotazione un modello comodissimo da adattarsi ai letti sistema Sarzotto.

Non occorrono forti trazioni: un peso di ½ kg. o poco più è sufficiente e del resto la esperienza scoprirà se si possa vantaggiosamente variare questo peso.

Infine, ciò che è praticamente molto comodo, la trazione riesce efficace anche se applicata relativamente tardi (dopo 16 giorni) cioè quando è presumibilmente dominata l'infezione della ferita e l'applicarla non complica che poco il lavoro, perchè le medicazioni sono più semplici e distanziate. Inoltre si può anche sospendere senza danno, almeno ad intervalli, quando i bordi della piaga hanno già preso aderenza.

Devesi rilevare a favore di questo sistema che esso si basa sopra un principio logico e sopra fatti naturali semplici e non controversi. Noi sappiamo infatti che la pelle e i muscoli scontinuati si retraggono perchè viene a mancare ad essi la contenzione delle connessioni naturali, se sostituiamo questa con una trazione artificiale la retrazione resterà impedita e tanto più quanto più perfetto sarà il sistema applicato. Sappiamo ancora che nella gravidanza e nei tumori maligni superficiali a lento sviluppo i tegumenti si distendono e diventano sufficienti a rivestire parti molto aumentate in volume e che inizialmente non avrebbero potuto ricoprire. Così che si può anche sperare che producendo con la trazione continua artificiale un'azione paragonabile a quella distensiva delle parti in accrescimento si riesca non solo a impedire la retrazione ma anche a ottenere un certo grado di distensione delle parti molli, come nel caso mio pare si sia verificato.

Detto ciò ci si può quasi meravigliare che questo espediente così semplice non fosse già applicato e non facesse ancora parte delle nostre abituali risorse terapeutiche come altri espedienti del genere: quali l'uso di avvicinare i margini delle piaghe cutanee estese mediante striscie di cerotto adesivo, metodo di cui il primo rappresenta un sensibile perfezionamento.

BIBLIOGRAFIA.

FERRARESI. Riv. Osp., 1916, n. 21, n. 10-15.
PAUCHET. Journ. de Clin., 1914, tom. XIII, p. 404.
ID. Journ. de Clin., 1915, tom. XIII, pag. 553.
QUÉNU. Boll. Soc. de Clin., 1915, tom. XLI, n. 1, pag. 43.
MORESTIN. Ibidem.

Zona di guerra, 2 marzo 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla diagnosi e sul trattamento del tifo.

(F. LOMMEL. *Münchener med. Wochenschrift*, vol. 64, n. 38).

La copiosa letteratura sul tifo dimostra il grande interesse che tale malattia desta sempre nel ceto medico: in realtà però, ove se ne eccettuino le vaccinazioni, non si può dire che recentemente sia stato portato qualche contributo fondamentalmente nuovo sull'argomento. Ad ogni modo dal gran numero di osservazioni è risultato qualche nuovo concetto e qualche deduzione che è opportuno mettere in rilievo.

DIAGNOSI.

Per quanto riguarda la palpazione della milza l'A. consiglia di sostituire al solito metodo che si pratica con le dita piegate sotto l'ipocondrio sinistro, la palpazione bimanuale fatta tenendosi dal lato destro dell'ammalato. La percussione, poi, non offre dati sicuri e va ripetuta spesso. Del resto, l'ingrossamento della milza non appartiene certamente ai primi sintomi e si osserva dopo una settimana e più.

Le roseole sono spesso poco riconoscibili negli individui a pelle colorata: nei soldati possono confondersi con punture da insetti; queste però si riconoscono, anche quando non è ben visibile la puntura al centro, per un leggero alone anemico che le circonda.

Il rallentamento relativo del polso può far propendere la diagnosi per il tifo: non è però da ritenersi che un aumento di frequenza deponga contro tale diagnosi. Quanto alla diazoreazione, l'A. la ritiene più sensibile con la vecchia formola di Ehrlich, che con la modificazione di Weiss al permanganato di potassio.

Variabile è la complicazione di bronchiti nel tifo; talvolta così frequente da far ritenere che ogni bronchite grave sia di origine tifosa, tal'altra invece rarissima. Il tifo può, del resto, anche decorrere sotto forma di bronco-pneumonite, ed essere ritenuto come influenza.

L'eccitazione del vago, sia di origine tossica, sia dovuta a riflessi da parte dell'apparato in-

testinale, provoca non solo il rallentamento del polso e talora anche la stitichezza iniziale, ma anche una aritmia cardiaca di origine respiratoria.

Anche l'azione del tifo sul cervello è molto varia: solo quando è grave e prolungato il così detto stato tifoso può servire per la diagnosi e per la prognosi: abbastanza frequenti sono i fenomeni cerebrali, che giustificano la denominazione di meningismo tifoso; rarissima invece è una vera meningite tifosa, con reperto positivo dei bacilli nel liquido cefalorachidiano. Essa si nota per lo più come fenomeno terminale ed è stata osservata dall'A. solamente una volta su parecchie centinaia di casi.

La diagnosi di tifo rimane sempre molto difficile senza il soccorso delle colture e delle siero-reazioni, che sono necessarie per riconoscere i frequenti casi atipici o non bene sviluppati. L'A. non tratta l'intricata questione dei rapporti fra siero-reazione e vaccinazione, e considera invece i risultati forniti dall'emocoltura. Questa però non è da considerarsi come assolutamente sicura, poichè anche praticata con i migliori metodi (miscela con bile) e dai più sperimentati batteriologi riesce talora negativa in casi sicuramente positivi. Fatta nella prima settimana dà il 36.3 % di risultati positivi ed il 26.3 % nella seconda settimana. La diagnosi batteriologica (coltura delle feci, del sangue, siero-reazioni) dà soltanto il 61 % di risultati positivi.

Per l'emocoltura l'A. consiglia di diluire il sangue raccolto dalla vena (2-3 cmc.) nella quantità doppia d'acqua distillata tenendo poi in termostato, e facendo dei preparati in goccia pendente dopo 1-2-3 giorni; in presenza di bacilli mobilissimi si procede alla identificazione, con l'agglutinazione; i bacilli poco mobili che eventualmente si possono trovare si distinguono facilmente dal tifo. Quando si riceva il sangue coagulato, lo si suddivide finamente, in acqua sterile, tenendo poi in termostato per 24-48 ore per allestirne ulteriormente delle piastre in terreno di Drigalski.

Anche lavorando con tale metodo però, l'A. è riuscito ad ottenere emocolture positive solo nell'89 % dei casi che clinicamente avevano il decorso del tifo. I risultati sono stati positivi in parecchi casi di malattie febbrili a breve durata, con o senza sintomi intestinali, che erano ritenute come tifi abortivi; solo la prova batteriologica ha potuto in tali casi dare la certezza, che non poteva ottenersi altrimenti.

TRATTAMENTO.

Oltre alle note prescrizioni d'igiene per l'ammalato, sarebbe necessario possedere una terapia diretta contro la causa, che fosse in grado di salvare almeno il 10 % degli individui in cui non si verifica la guarigione spontanea. Jacob ha comunicato nel 1915 i buoni risultati da lui ottenuti con il salvarsan. L'A. ha tentato questo metodo in sette casi gravi con temperature alte, iniettando gr. 0.3 di neosalvarsan nelle vene, una o parecchie volte. Non ha mai osservato fenomeni spiacevoli. È difficile però dire in una malattia così polimorfa e mutevole come il tifo, se si siano ottenuti dei reali vantaggi; in complesso, però, l'A. non è convinto che il salvarsan abbia un'azione specifica sul bacillo del tifo o sul decorso della malattia. Si nota invero, dopo l'iniezione, un abbassamento di temperatura e dopo 2-4 giorni l'apiressia durevole: tale fatto non è raro ad osservarsi, mentre poi altre volte il salvarsan non ha affatto azione sulla febbre.

Sulla vaccinoterapia del tifo vi sono numerosissimi lavori, in gran parte contraddittorî; alcuni AA. hanno ottenuto addirittura in cinque giorni l'apiressia nei due terzi degli ammalati; alcuni consigliano l'iniezione sottocutanea, che preferiscono alla endovenosa, la quale sarebbe causa di collasso, di nefriti emorragiche e di emorragie intestinali; altri invece ritengono che l'iniezione sottocutanea non abbia alcun effetto e le preferiscono quella endovenosa. Del resto l'azione specifica viene contraddetta dal fatto che gli stessi effetti sulla temperatura si possono ottenere con un colivaccino, con il siero di cavallo, con la stessa soluzione fisiologica.

L'A. ha sperimentato in 54 casi un vaccino contenente per cmc. 1000 milioni di bacilli uccisi con l'etere, iniettandone ¼-1 cmc. per tre volte al massimo. Egli non ritiene che si possa senz'altro usare tale vaccino nei casi gravi, poichè non offre le necessarie garanzie di innocuità, mentre nei malati leggieri se ne può far senza; esso può invece essere utile nello stadio in cui la febbre sta per finire.

L'A. ha tentato anche la sieroterapia, con il siero di convalescenti, in 9 casi; tre di questi morirono indipendentemente dal siero; negli altri sei, il siero mostrò un'azione decisamente favorevole. Essa però non può considerarsi molto notevole, nè specifica, e potrebbe probabilmente ottenersi anche con siero normale.

CURA SINTOMATICA.

L'A. non è affatto favorevole all'uso sistematico del piramidone, che abbassa sì la temperatura, ma può determinare stati di collasso; ora, nei casi gravi, la dose terapeutica è affatto vicina a quella tossica, mentre poi, nei casi leggieri, la somministrazione del piramidone non è necessaria.

Il decubito non deve impressionare, quando non siano in giuoco dei processi mielitici; esso può essere prevenuto con l'accurata assistenza, ma ad ogni modo la cura anche di ulcerazioni estese e profonde è abbastanza rapida con l'uso di una corrente d'aria calda. Si volta il paziente da un lato e si soffia dell'aria calda — con un apparecchio elettrico — per una mezz'ora, ripetendo il trattamento più volte al giorno. L'aria non deve essere troppo calda, in modo da disseccare i tessuti.

L'importante questione dell'alimentazione non è stata risolta in modo uniforme da tutti gli autori: alcuni tendono a somministrare una notevole quantità di cibo (fino a 4000-5500 calorie) nel timore che l'alimentazione insufficiente renda l'ammalato meno resistente. Altri osservano che con tale sistema la percentuale delle morti è normale, ma è notevolmente alta la percentuale delle enterorragie (12 %), e si accontentano di somministrare con una dieta liquida 1750-2000 calorie, portandole a 2600-3000 quando la febbre diminuisce. Sulla scelta dei cibi regnano ancora molti pregiudizî; gli innocenti biscotti p. e. vengono assolutamente proibiti fin dopo lo sfebbramento, perchè sono considerati come un alimento solido, e non si comprende perchè un cibo, che è liquido nella tazza, debba considerarsi diversamente da un altro che è tale nella bocca o nello stomaco. Anche la proibizione della carne non ha ragione di esistere: l'A. non ha riscontrato differenza nel decorso di tifosi alimentati con carne, da quelli tenuti senza.

L'importante in fondo è di fornire degli alimenti con poche scorie, in modo che le feci ne siano il più povere possibile. Per la dietetica non deve tanto valere la diagnosi di tifo od anche la curva febbrile, ma bensì lo stato dell'intestino. La paralisi intestinale con meteorismo, ogni sintomo di irritazione peritoneale e sopratutto di ulcerazioni intestinali, devono far trattare l'argomento dell'alimentazione con grande circospezione.

È ovvio che nelle emorragie intestinali deve valere il principio di lasciar tranquillo l'intestino: il mezzo però di ottenere tale scopo non è agevole. Gode ora la voga l'oppio ed i suoi preparati: un'iniezione è presto fatta e non solo l'intestino ma l'ammalato stesso si mette tranquillo. Per l'intestino però non è solo tranquillità è anche paralisi; e ne viene quindi favorito il meteorismo.

I vecchi medici usavano il piombo, sotto forma di acetato neutro, ora caduto in disuso; le recenti ricerche del Siccardi tendono a rimetterlo in onore: le dosi massime sono di centigrammi dieci per le dosi singole e di cgr. trenta *pro die;* esso del resto ha una notevole azione astringente nelle ostinate diarree dei tisici: è quindi consigliabile il suo uso anche nel tifo.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

L'asportazione sottoperiostea larga dei frammenti ossei in primo tempo nel trattamento delle fratture da proiettili di artiglieria.

(RENÉ LERICHE, *La Presse Médicale*).

L'A. nota come gli interventi praticati nelle unità sanitarie più avanzate non sieno ancora generalmente così completi come sarebbe desiderabile; cosicchè sebbene si sia osservato un grandissimo miglioramento nelle condizioni in cui arrivano agli ospedali delle retrovie i fratturati che furono sottoposti sistematicamente ad un intervento in primo tempo, è dato ancora osservare dei feriti con lesioni in apparenza bene granulanti ma nei quali in sostanza persiste una infezione attenuata che non dovrebbe più esservi. Il mantenersi di queste suppurazioni è indice di una non sufficiente *toilette* primitiva e della presenza di sequestri ossei, di elementi organici in dissoluzione rimasti ancora in sito; è indice insomma di una operazione eseguita in modo incompleto.

Il risultato ideale che si deve perseguire in chirurgia di guerra non è già quello di ottenere la consolidazione asettica fra i due estremi di frattura cercando soltanto di salvare l'arto sotto lo specioso pretesto di lasciare ai chirurgi degli ospedali territoriali il compito di salvare la funzionalità; ma quello di cercar di realizzare *d'emblée* tutte quelle condizioni che, scongiurando il pericolo anche di infezioni attenuate, assicurino al ferito il più regolare andamento post-operatorio.

Il contatto prolungato degli estremi ossei di frattura e dei muscoli che li circondano, con il pus, non può condurre che alla formazione di un callo patologico di cui si deve molto temere; perchè il processo di osteomielite cronica che si stabilisce lentamente, la presenza di sequestri, la irregolare produzione ossea da parte del periostio malato, quando non conducano alla pseudoartrosi, determinano la formazione di un callo esuberante, quasi sempre doloroso, che serve di asse ad un arto inutilizzabile, con muscoli sclerosati e rigidi, pelle violacea, lucente, tesa, crivellata di incisioni in parte già cicatrizzate, in parte ancora suppuranti così da far essere dubbiosi se non sarebbe stata preferibile una buona amputazione primitiva alla cattiva conservazione di un arto.

Una frattura precocemente e correttamente operata deve decorrere asetticamente solo per questo primo intervento e consolidarsi senza incidenti in un periodo di tempo normale.

Ma per raggiungere tale risultato occorre che l'intervento sia completo, che vengano allontanati tutti i tessuti mortificati, in via di sfacelo o destinati alla necrosi; bordi cutanei contusi, muscoli strappati o stritolati; frammenti ossei staccati o frantumati: non si deve lasciar nulla da eliminare ma asportare abbondantemente a cielo aperto anche tutti i frammenti ossei aderenti di cui sarebbe compromessa la vitalità da una successiva suppurazione e quelli che potessero eventualmente impedire un buon drenaggio.

Se la suppurazione si stabilisce e persiste è segno evidente che qualche frammento rimase in posto; ed allora occorre farne ricerca con la radioscopia ed asportarlo per assicurare il decorso asettico desiderabile.

Nonostante queste considerazioni molti chirurgi si astengono da un intervento razionale per il sacro rispetto del classico dogma che fa ritenere i frammenti aderenti al periostio come certamente vitali, e per il timore delle pseudoartrosi. Queste, secondo l'A., debbono di solito riferirsi ad una insufficiente asportazione di frammenti che permise lo stabilirsi dell'infezione e la morte degli elementi locali dell'osteogenesi; oppure ad una tecnica difettosa anzichè ad un intervento eccessivamente generoso.

Per asportazione larga dei frammenti non va inteso che si debbano, senza alcuna cognizione fisiologica, strappare i frammenti che vanno allontanati, asportando con essi gli elementi fertili dell'osso che debbono assicurare la formazione di un callo regolare. Questi elementi trovansi fra lo strato fibroso del periostio ed il cilindro diafisario; e però occorre dopo sbarazzata bene la ferita dalle lacinie muscolari, dai corpi estranei, dai frammenti ossei liberi che la ingombrano, fissare quelli ancora aderenti con una pinza senza fare eccessive trazioni od a mezzo dello stacca-periostio tagliente liberarli non solo per poterne render possibile l'asportazione ma per istaccarne l'involucro periosteo che deve essere lasciato in posto.

Occorre resistere alla tentazione naturalissima di strappare con trazioni brusche o per violenta torsione, per evitare che pure rimanendo in sito la lamina fibrosa del periostio ne venga asportata insieme all'osso la parte osteogenetica che è necessario invece distaccare pazientemente e metodicamente dall'osso con lo strumento di Ollier.

Solo a tale condizione è possibile lasciare fra due frammenti la distanza di 5, 6 ed anche 7 centimetri e vedere anche le fratture le più gravi decorrere con un *minimum* di suppurazione, consolidarsi in tempo brevissimo e con un callo costituito da elementi sanissimi che non includono alcun corpo estraneo da eliminarsi successivamente, nè alcun germe d'infezione secondaria.

L'A. da ventitrè mesi pratica in assai gran numero la più larga asportazione primitiva sottoperiostea dei frammenti senza aver mai dovuto dolersi di essere stato troppo generoso nell'intervento, mentre ha dovuto in qualche caso pentirsi del contrario ed intervenire secondariamente per allontanare frammenti che aveva ritenuti capaci di vivere e che invece si erano necrosati. Su 230 casi operati e seguiti fino a guarigione non ha mai veduto mancare la consolidazione, che si è effettuata in un massimo di quarantanove giorni di tempo (estesa frattura di entrambe le ossa della gamba); mentre ha dovuto operare tre casi di pseudoartrosi dell'omero certamente riferibili a prolungata suppurazione; e due casi di osteite spongiosa del terzo superiore della tibia, consecutivi ad interventi eseguiti in modo incompleto.

L. GUIDI.

Sul trattamento delle fratture del gomito da proiettili di guerra nella chirurgia dei posti avanzati.

L'emiresezione omerale dalla via laterale esterna.

(MONPROFIT e LOUIS COURTY. *Paris Médical*, n. 15, 1917).

Il trattamento delle ferite penetranti del gomito, che in chirurgia di guerra sono assai frequenti, per essere razionale deve basarsi su la natura e la quantità delle lesioni ossee, e sul prognostico *quoad vitam* e *quoad functionem*.

In più della metà dei casi la frattura interessa soltanto l'estremo inferiore dell'omero: con lesione unicondiloidea, oppure, il che è più frequente, con lesione a T. Il cubito resta intatto nella maggior parte dei casi; di guisa che l'inserzione del tricipite brachiale su l'olecrano viene mantenuta. La frattura della epitroclea è di solito extrarticolare ma si accompagna spesso a lesione del *n. cubitale*. Nella frattura a T si osservano quasi costantemente numerosi frammenti ossei più o meno voluminosi; cosicchè possono riscontrarsi infinite varietà: dalla semplice presenza di un unico frammento intercalare nell'unione delle branche del T, ad una vera polverizzazione del condilo interno od esterno o di entrambi. Re-

stano tuttavia notevoli due fatti: 1° la frequenza straordinaria della frattura unica omerale, con predominanza della varietà a T; 2° la frequente integrità dell'olecrano con il relativo attacco del tricipite.

La *prognosi* delle lesioni del gomito è favorevole *quoad vitam;* ma non altrettanto può dirsi per i risultati funzionali. Dalle cifre di Tuffier e Nové-Josserand risulta che su 410 resezioni del gomito si ebbero in 201 casi (49 per 100) articolazioni solide e mobili di cui più della metà con mobilità assai estesa; in 127 casi (30 per 100) articolazioni ciondolanti, per le quali fu necessario ricorrere ad un apparecchio per ottenere una funzione utile; in 82 casi anchilosi. Confrontando i risultati della resezione immediata con quelli delle r. secondarie si avrebbe il 70% di insuccessi nella prima ed il 30 % nelle seconde. Questi risultati che sarebbero cagione di un certo stupore, di fatto sono tali solo perchè sotto il nome di resezione del gomito nelle statistiche delle formazioni sanitarie avanzate vanno di solito comprese gravi asportazioni di schegge ossee operate dal proiettile più che dal chirurgo; ed è perciò naturale che i risultati sieno poco brillanti. Occorre tuttavia confortarsi con il fatto che i continui progressi dell'ortopedia rendono e renderanno sempre più utili gli arti che si saranno conservati; cosicchè la relativa benignità dei traumi del gomito autorizza alle operazioni conservatrici; mentre la parte percentuale di gomiti inutilizzabili in seguito a resezione rende necessario ricorrere ad interventi poco demolitori.

Il *trattamento* nei posti avanzati deve ispirarsi al principio generale della lotta contro l'infezione per mezzo di un buon drenaggio. Come occorre prima di avviarli nelle retrovie, sbrigliare, allontanare i frammenti ossei, drenare le lesioni diafisarie dei fratturati; così è necessario regolarsi per le lesioni epifisarie, le quali sono tanto più gravi e pericolose per la vita dei feriti. Tutte le ferite da scoppi di granate sono fatalmente votate all'infezione e perciò l'intervento non è facoltativo ma necessario ed urgente; poichè anche al giorno d'oggi, come al tempo di Larrey, la precocità dell'operazione resta la più sicura garanzia di successo.

Evidentemente questo principio generale non esclude per certi casi dubbi, come ad esempio nelle ferite a setone da proiettili di fucile, l'aspettativa armata, quando si ha la speranza in un decorso più o meno asettico della lesione. Ma la logica, confermata dall'esperienza clinica, conduce a praticare precocemente un intervento più efficace e drenare la lesione articolare.

È sufficiente a ciò l'asportazione semplice dei frammenti? Gli AA. rispondono a questa domanda in modo affermativo solo per qualche caso; e constatato come la maggior parte dei chirurghi, per evitare l'anchilosi che ad ogni modo segue a questo semplice intervento, sieno invece favorevoli a praticare la resezione o tipica e sistematica oppure atipica, limitatamente cioè alle lesioni epifisarie, evitando così l'anchilosi e riuscendo a praticare un buon drenaggio; esprimono la loro predilezione per il metodo proposto da Alglave per resecare l'epifisi omerale nei casi di anchilosi. L'articolazione viene aggredita dalla via laterale esterna seguendo il bordo esterno del tricipite brachiale lungo il terzo inferiore dell'omero e poi nella doccia esterna del V della piega del cubito, passando al davanti e presso l'epicondilo. Se la testa del radio è fratturata la si reseca con grande facilità; altrimenti, riconosciuto e protetto opportunamente il n. radiale si mette all'aperto l'articolazione. Il più delle volte si trova una frattura a T dell'estremo omerale: si asportano l'uno dopo l'altro i due frammenti avendo cura di staccarli esattamente dal periostio ed infine si regolarizza la diafisi omerale con la sega di Gigli. Se la frattura è unicondiloidea esterna, asportato il frammento fratturato, si reseca con sega di Gigli l'estremo inferiore dell'omero; se invece la frattura ha distaccato il solo condilo interno si procede nel modo inverso; si reseca cioè prima l'estremo omerale e poi si asporta il frammento condiloideo. Ciò fatto si drena l'articolazione e si immobilizza l'arto in flessione.

Gli AA. hanno praticato sempre la emiresezione in casi nei quali l'olecrano era intatto, ma ritengono che gli stessi ottimi risultati si otterrebbero forse, limitandosi a tale atto operativo, anche se vi fosse frattura dell'olecrano; ottenendosi ugualmente un drenaggio sufficiente. Se le lesioni delle parti molli lo rendessero più opportuno si può anche aggredire utilmente l'articolazione dalla via laterale interna, avendo cura, ben si comprende, di ricercare e proteggere il n. cubitale; ma lo scopo che l'operatore si deve proporre è quello di conservare l'olecrano e l'inserzione del tricipite che rappresentano la salvezza del movimento di estensione.

La resezione atipica così praticata dà dei risultati immediati e lontani assai superiori alla resezione tipica, che lascia troppo spesso dei gomiti ciondolanti e degli arti inutilizzabili.

L. GUIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanza scientifica del 26 aprile 1918.

Segni obbiettivi della sciatica.

VINCENZO NERI. — Richiama l'attenzione su alcuni segni obbiettivi di sciatica.

1) *L'abolizione o la diminuzione del riflesso bicipitale.*

La percussione del tendine del bicipite al margine esterno del poplite, o meglio della metà inferiore del cavo stesso, provoca di norma un sollevamento della parte media della coscia, dovuto anzitutto alla contrazione della lunga porzione del bicipite.

Nella sciatica è frequente constatarsi la diminuzione o l'abolizione del riflesso bicipitale. Quest'alterazione del riflesso bicipitale ha tanto maggiore importanza in quanto può presentarsi isolata. Così l'A. ha potuto constatarne l'abolizione, mentre il riflesso achilleo era del tutto integro.

Questa dissociazione viene spiegata dall'A. con la diversa innervazione radicolare che sorregge i due riflessi.

Il riflesso achilleo si svolge pel tramite del 1° segmento sacrale; il riflesso bicipitale pel 2° segmento sacrale.

2) *L'esaltazione dell'eccitabilità meccanica muscolare* nell'ambito dell'innervazione dello sciatico.

È anzitutto nei muscoli del polpaccio che questo segno è manifesto. Un pizzico alla parte mediana ed interna del polpaccio anzichè accompagnarsi come di solito ad una contrazione idio-muscolare rapida e transitoria, s'accompagna ad una contrazione lenta e duratura. Questa esaltazione della contrazione idio-muscolare è molto probabilmente dovuta ad un disturbo di nutrizione e ad un concomitante aumento d'irritabilità della fibra muscolare, e va di pari passo con una diminuzione dell'eccitabilità elettrica.

3) *Alterazione della forma del piede e della posizione del piede durante il cammino.*

Di regola il piede nella sciatica è cavo per atrofia dei muscoli della pianta, di più i margini interno ed esterno sono maggiormente incavati per atrofia rispettivamente dell'abduttore dell'alluce e dell'abduttore del mignolo.

Il metodo delle impronte ci dice che spesso nella sciatica il cammino si effettua sulla punta e sul bordo esterno del piede. Quando la sciatica lede il muscolo tensore della fascia lata, il piede è ruotato in fuori.

Adunanza scientifica del 24 maggio 1918.

La cura della febbre tifoide infantile con le iniezioni endovenose di oro colloidale.

V. CERVONE. — Comunica con una certa ampiezza otto casi di tifo in bambini ricoverati nella R. Clinica pediatrica bolognese diretta dal prof. Francioni. Le iniezioni sono state in numero da 2 a 3, al massimo 4, per ogni malato, a giorni alterni, incominciando da dosi piccole, mezzo cmc., fino a raggiungere la dose di 1 cmc.

La reazione non è stata ognora eguale. Si osservarono brivido intenso, rapida ipertermia con successiva e più rapida ipotermia anche sotto la norma, sudori profusi, aumento della diuresi di 150-200 cmc. nelle 24 ore. Spesso mancò la reazione termica netta al primo intervento, mentrechè più evidenti sono i fatti reattivi se l'iniezione è fatta all'inizio del periodo di defervescenza. Ad ogni modo il complesso dei fatti reattivi non ha mai raggiunto gravità di sorta e il metodo curativo si è mostrato compatibile con stati di notevole depressione. Ed invero gli otto casi scelti per la cura presentavano tutti una sindrome grave, come in genere è l'infezione tifosa dei bambini nel Bolognese; due poi erano gravissimi. Ma tutti guarirono in un periodo più breve assai di quello di altri casi simili curati coi mezzi soliti, e in nessun caso studiato si ebbe ricaduta.

Il socio ordinario prof. FRANCIONI, direttore della clinica, in aggiunta alla comunicazione del Cervone, riferisce sopra alcune ricerche che ha fatto eseguire dal Cervone stesso, assistente suo, onde chiarire il meccanismo di azione delle iniezioni di oro colloidale. Potendosi supporre, in base all'osservazione del modo di comportarsi dell'organismo di fronte alla iniezione, che questa funzioni stimolando la produzione di anticorpi specifici, ha fatto ricercare se, praticando l'iniezione stessa in soggetti (uomo ed animali da esperimento) nei quali fosse stato iniettato precedentemente del siero eterogeneo, si verificasse una più pronta produzione di esantemi da siero e, rispettivamente, di anticorpi specifici verso il siero stesso (precipitine). Tali ricerche fino ad ora non hanno dato un resultato positivo, quindi crede di poter ritenere che l'azione curativa esercitata dalla colloidoterapia possa essere dovuta a qualche altro meccanismo ancora non ben chiarito, quale, p. es., l'attivazione di mezzi difensivi naturali non specifici.

Crede non appropriato il termine di *terapia pirogenetica* proposto da qualcuno per designare questa forma di terapia, non ritenendo che proprio la febbre di per se stessa rappresenti il fattore curativo. Considerando che ciò che vi è di più caratteristico nel quadro prodotto dalla iniezione di oro colloidale sia il fatto che il medicamento tende a produrre una risoluzione rapida della malattia provocando la comparsa di una crisi salutare in casi nei quali il male spontaneamente tenderebbe ad una risoluzione lenta e protratta, ritiene più opportuno designare questa forma di terapia col nome *terapia risolutiva*. Con tale specifica potrebbero comprendersi vari interventi curativi, come le vaccinazioni eterologhe, iniezioni di sostanze proteiche, di latte, di peptoni, ecc., e ciò senza pregiudicare in alcun modo la interpretazione che in avvenire si potrà dare circa il loro meccanismo di azione.

Dott. G. M. PICCININI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Emiplegia transitoria.

H. A. Mills comunica in *Lancet* (3 agosto 1918), al riguardo, una sua osservazione, che offre l'occasione di un commento editoriale dello stesso giornale. Si trattava di una donna di 28 anni, la quale ebbe un attacco di emiplegia sinistra apparentemente completa, che durò una o due ore, si ripetè poi nello stesso giorno per scomparire la sera durante la visita medica, e ritornò poi nella notte, durando un quarto d'ora. Circa 10 mesi prima, la paziente aveva accusato formicolio, torpore e pesantezza agli arti di sinistra, per la durata di tre giorni. Reazione di Wassermann negativa nel sangue, non fatta per il liquido cerebro-spinale.

L'emiplegia transitoria è una condizione neurologica non molto rara, e può essere dovuta a diverse cause. Anzitutto, si è affermato che essa sia da attribuirsi ad ischemia temporanea in qualche area cerebrale, per uno spasmo locale arterioso. Questo ordine di idee è stato largamente accettato, ma non è chiaro se proprio si possa verificare nei vasi cerebrali una claudicazione, simile a quella dei vasi periferici. La claudicazione intermittente del midollo spinale, di Dejerine, rimane tuttora una ipotesi. W. Osler ammette che lo spasmo arterioso cerebrale possa verificarsi solo in casi di iperpiesi o di arterio-sclerosi cerebrale ben marcata; nel caso dell'A. però non si aveva accenno a tali condizioni. Del resto, secondo Williamson, lo spasmo cerebrale può aversi anche senza le condizioni suddette, come si può desumere dai fenomeni che si osservano nell'emicrania. Riguardo a questa vi può essere una qualche incertezza: è noto invero che una debolezza motrice locale può accompagnare un attacco di emicrania; tale fenomeno però dura solo pochi minuti e passa in seconda linea, davanti ai fenomeni della sensibilità, che sono prevalenti e costanti. Ora la paziente osservata dall'A. non aveva i soliti fenomeni sensori della emicrania, mentre la paralisi era più assoluta che quella che si osserva nella detta neurosi.

Vi sono poi delle obiezioni alla teoria chiaramente espressa da Gowers sull'origine della emicrania da spasmo locale arterioso o da cambiamenti locali vasomotori. Si deve rammentare che fra i fenomeni della emicrania ve ne sono di *positivi* e di *negativi*, nel senso di Hughlings Jackson; ora i fenomeni irritativi e paralitici non possono essere causati dallo stesso processo morboso, nello stesso tempo, e si vorrebbe invece invocare lo spasmo arterioso per spiegare ambedue le serie di sintomi.

Una terza causa possibile di emiplegia transitoria è l'esaurimento cellulare dopo una scarica epilettica corticale. Una quarta condizione è associata con stati infettivi, come morbillo, in cui si può osservare una paresi transitoria.

Una paralisi transitoria della durata di qualche ora può seguire un *ictus* non associato a perdita di coscienza, quale si osserva nel così detto *stato lacunare* di P. Marie e della sua scuola — vaginalite subacuta delle guaine dei piccoli vasi cerebrali.

Un'altra possibilità va poi considerata, cioè di una sclerosi disseminata, che può cominciare con una varietà emiplegica, senza alcuno dei sintomi classici. A tale riguardo la parestesia unilaterale precedentemente osservata nella paziente potrebbe avere un notevole significato. La paresi transitoria è spesso lo sfondo del quadro clinico nella sclerosi disseminata.

Il fatto della reazione di Wassermann negativa è certamente importante: la ricerca nel liquido cerebro-spinale però avrebbe potuto portare qualche luce; di fatto in qualche caso di meningite circoscritta sierosa vi è stato un attacco subitaneo di paralisi, scomparso con la puntura lombare.

Un altro punto di minore interesse nel caso dell'A. è che la paziente — emiplegica a sinistra — aveva un certo impaccio nel linguaggio, e non poteva esprimere ciò che voleva; non è noto se la paziente fosse mancina, ciò che sarebbe stato bene accertare, poichè l'afasia crociata è di tale rarità che ogni caso merita speciale investigazione.

FIL.

Paraplegie organiche, senza lesione della dura madre, nelle ferite del rachide da proiettili.

Guillain e Barré studiano quindici casi di lesione midollare, senza lesione della dura madre, nei quali il controllo dell'autopsia ha potuto nettamente dimostrare che il proiettile pur ledendo il rachide non aveva avuto rapporti di contatto con la dura madre, nè aveva determinato la formazione di scheggie comprimenti.

L'analisi dei casi (*Annales de Médecine*, marzo-aprile 1918) ha rivelato o una frattura delle apofisi spinose o delle lamine vertebrali, alla

loro base, o la tunnelizzazione del corpo vertebrale.

Lesione dominante nel midollo l'ematomielia, in quattro casi l'emorragia extramidollare, in un caso emorragie sottoaracnoidee.

La sindrome clinica era o quella di sezione totale del midollo, o di lesione a focolaio.

La prognosi sempre sfavorevole, nei casi in cui la sezione era trasversa e completa; nelle sindromi a focolaio si potevano avere dei miglioramenti.

Rispetto alla patogenesi gli AA., sebbene non si possano pronunciare a favore di una ipotesi dimostrata, pensano che la successione estremamente rapida di due forti variazioni, e in senso inverso, della pressione intrarachidea deve dare la spiegazione nella maggior parte dei casi di rottura dei fragili vasi midollari. Contribuisce per il danno l'esistenza d'un canale a parete ossea e del liquido cefalo-rachideo, che deve trasmettere integralmente alle sole parti compressibili o dilatabili le variazioni di pressione prodotte e gli *shock* vibratori. *t. p.*

TERAPIA.

Il trattamento dell'appendicite acuta.

Dal punto di vista del trattamento, i casi di appendicite acuta possono suddividersi come segue, secondo W. Q. Wood (*Edinburgh medical Journal*, luglio 1918):

1° *Casi precoci*, in cui l'appendice è in uno stato di infiammazione catarrale, la membrana mucosa è rigonfiata e congesta, la tunica muscolare inspessita ed infiltrata, il peritoneo che copre l'appendice è di solito alquanto congesto, talvolta con un deposito di fibrina alla superficie. La cavità peritoneale può contenere poco liquido sieroso, senza però che l'infezione si estenda al peritoneo. Nella maggior parte si tratta di casi che vengono operati entro 24-36 ore dall'inizio.

2° *Casi in cui l'infezione si è diffusa al peritoneo* a traverso la parete dell'appendice. La peritonite, che ne risulta, può essere relativamente localizzata, in merito alle aderenze fibrinose, ma in parecchi casi può trovarsi una raccolta di pus nel cavo del Douglas, con tendenze alla diffusione dell'infezione, sicchè negli stadî avanzati si può avere peritonite diffusa. L'appendice è di solito in gangrena e spesso perforata. Questi casi vengono inviati all'ospedale in quinta-sesta giornata.

3° *Casi con ascesso localizzato*, in cui l'infezione si è diffusa a traverso la parete dell'appendice, in un'area che si è chiusa per mezzo di aderenze, le quali localizzano l'infezione. L'appendice è quasi sempre gangrenosa e perforata. Questi casi vengono inviati in quartadecima giornata. — La massima mortalità è data dalla seconda categoria.

Su 221 casi da lui osservati, l'autore ha avuto una mortalità del 5.88 %. Egli ritiene che, in considerazione dei pericoli che si hanno nel dilazionare l'operazione e dell'innocuità dell'intervento precoce, *il pratico che non raccomanda il trattamento operativo, o, almeno, non richiede il consiglio del chirurgo, si assume una responsabilità grave.* Dall'esame dei suoi casi egli conclude che nei 13 morti, solo in cinque l'operazione si dimostrò impotente a vincere l'infezione peritoneale e che gli altri otto si sarebbero salvati se l'intervento fosse stato più sollecito.

Quanto all'operazione per sè stessa, una volta aperto l'addome, il decorso ulteriore varia scondo lo stato dell'appendice. Nei casi precoci, basta asportarla e, tutto è finito in pochi minuti: l'addome viene chiuso di solito completamente, salvo i casi in cui si presume vi possa essere infezione: in tal caso si lascia un drenaggio di tubi di gomma per 48 ore.

Quando si tratta dei casi della seconda categoria, l'appendice va levata maltrattando il meno possibile la regione circostante, non togliendo le aderenze e facendo una buona toletta del peritoneo, con compresse di garza, senza però andare all'eccesso. Se vi è difficoltà nel trovare l'appendice, può servire di guida la tenia coli del cieco. Quando poi l'appendice è coperta da adesioni, l'A. consiglia di dividere la base fra le pinze emostatiche e di dissecare cautamente col dito, usando delle pinze per tendere l'appendice stessa.

Nel caso di infezione peritoneale si provvederà per il drenaggio con tubi lunghi 15-18 cm., del diametro di poco più di un centimetro, con una scanalatura verticale lunga circa 3 cm. all'estremo inferiore. L'A. usa tubi di vetro che sostituisce dopo 48 ore con quelli di gomma, che vengono poi man mano raccorciati.

Quando vi sia l'ascesso appendicolare, è essenziale impedire la diffusione dell'infezione al peritoneo, ciò che si ottiene delimitando la cavità con pannolini di garza, aprendo poi l'ascesso delicatamente con le dita, assorbendone il pus con compresse e pulendone bene la cavità. L'appendice viene asportata se libera, altrimenti, se ha contratto aderenze, viene lasciata con opportuno drenaggio. Richiuso poi il peritoneo, l'A. consiglia la lavatura, nei casi infettivi, con una soluzione alcoolica contenente bijoduro di mercurio.

Finita l'operazione, il paziente può essere tenuto o nella posizione di Fowler, o con la testata del letto elevata per mezzo di blocchi: quest'ultima posizione è la più accetta dal paziente. Quando l'ascesso appendicolare è retrocecale, senza infezione della pelvi, il paziente può giacere supino.

Gli enteroclismi vengono somministrati solo nei casi gravi: la funzione intestinale si mantiene con olio di ricino, o con piccole dosi di calomelano.

Come complicazioni post-operative, l'A. cita l'ostruzione intestinale acuta, dovuta in un caso (seguito da morte) a paresi tossica, ed in altri tre casi ad aderenze post-operatorie: nel trattamento di queste l'A. ha trovato utile di lasciare nel peritoneo una certa quantità di olio di vaselina, dopo la separazione delle aderenze.

ini.

TECNICA.

L'isolamento dei bacilli dissenterici dalle feci.

Le feci vanno prelevate durante il periodo acuto, e possibilmente nei primi giorni; quelle tipiche sono composte di muco e pus con qualche stria di sangue: se vi sono mescolate sostanze fecali, si sceglie il muco-pus. Non vi deve essere mescolata urina.

Le feci (J. Kirkpetrick. *Lancet*, 3 agosto 1918) vanno sempre esaminate al microscopio, sia per la ricerca di protozoi, sia per avere dal loro aspetto una guida per le ricerche.

Nei casi acuti si notano molte cellule, di pus, epiteliali, emazie, macrofagi; se non si notano elementi cellulari, pur essendovi muco, si può quasi certamente escludere la presenza di bacilli, a meno che non si tratti di portatori.

L'esame va fatto su campione il più fresco possibile, o conservato in ghiaccio.

L'A. raccomanda l'uso del terreno di Mac Conkey, con dose doppia di rosso neutro (cmc. 0.5 di una soluzione 1 % si aggiungono a 100 cmc. di agar).

Allestimento delle piastre. — Pescare con l'ansa di platino una piccola porzione di muco-pus: lavarla in soluzione fisiologica sterile allontanando subito questa con l'appoggiare l'ansa lungo le pareti interne del tubo. In un punto eccentrico della piastra distendere il muco-pus così lavato: poi, sterilizzata l'ansa, tracciare sul terreno da tale punto una linea che tagli diametralmente la piastra e, sterilizzata nuovamente l'ansa, fare degli strisci a zig-zag in direzione verticale al primo, partendo dal punto in cui si è disteso il pus, senza sollevare mai l'ansa dal terreno.

In tal modo si eliminano con le lavature i microrganismi coliformi, si liberano poi le cellule di pus e con le sterilizzazioni successive dell'ansa si ottengono come tre diluizioni.

Dopo 18-24 ore a 37°, si pescano le colonie per l'identificazione, scartando quelle che hanno fermentato il lattosio. Si fa un passaggio in acqua peptonata con lattosio-laccamuffa per eliminare ancora i germi fermentanti il lattosio; si fanno poi colture su agar inclinato e su acqua peptonata con mannite-laccamuffa.

Quando non si ha cambiamento nel terreno alla mannite, se il bacillo è mobile si può trattare di *B. faecalis alcaligenes* o *Bac. Morgan* n. 1; se è immobile si fa la prova dell'agglutinazione (positiva, B. dissenterico Shiga; negativa, *Bac. faecalis alcaligenes* immobile o bac. Shiga inagglutinabile).

Se il terreno alla mannite è acido ed il bacillo mobile, non si tratta di dissenteria; se è immobile si fa il saggio per l'agglutinazione per il Flexner e l'Y; se è negativo si fanno altre ricerche (altri zuccheri, indolo, latte) per vedere che non si tratti di qualche dissenterico atipico.

Per un saggio rapido di agglutinazione, che si può fare direttamente dalla piastra, si mescola sul porta-oggetti un'ansa di emulsione della coltura con un'ansa della diluizione del siero 1:100, ottenendosi così una diluizione di 1:200, applicando poi un coprioggetti; si deve ottenere l'immediata agglutinazione. Occorre poi confermare la diagnosi con gli altri metodi.

FIL.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'effetto del freddo sui parassiti malarici.

King (*The Journal of the experimental medicine*, vol. XXV) pubblica i risultati delle esperienze da lui istituite sulla resistenza al freddo del *plasmodium vivax* e del *plasmodium falciparum* nel corpo degli anofeli. La quistione è importante perchè interessa la sopravvivenza dell'infezione palustre nelle zanzare dopo la ibernazione o dopo l'esposizione alle basse temperature in condizioni naturali. Le nostre conoscenze al riguardo facevano ritenere finora che lo sviluppo dei parassiti malarici si arresta ad una temperatura di 33° e che temperature più basse ne provocano la morte.

In una serie di esperienze fatte nella Nuova Orleans, King ha trovato che le due specie più comuni di plasmodî, quelli sopra indicati, possono sopravvivere a temperature inferiori a 33° in diversi stadî dello sviluppo nel corpo

dell'*anopheles quadrimaculatus* anche quando l'azione di queste temperature si sia protratta per parecchi giorni.

La prova della resistenza dei plasmodî è data dallo sviluppo ulteriore degli oociti e dalla vitalità degli sporozoiti dopo che le zanzare infette siano state mantenute in ambienti a temperatura variante tra 33° e —1°.6.

Le esperienze stesse hanno dimostrato che il parassita della terzana lieve può sopravvivere nelle zanzare anche dopo che queste siano state mantenute ad una temperatura di —1° per due giorni, ad una temperatura di —0°.40 per quattro giorni ed infine ad una temperatura media di 7° per diciassette giorni. In un numero di esperienze più ristrette si son viste le spore dei parassiti estivo-autunnali resistere a temperature di 1° per ventiquattro ore. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(971) *Azione delle cure iodiche sui denti.* — Al dott. N. M. da N.:

Le cure iodiche intense o su soggetti particolari possono determinare azioni moleste sulle mucose e sulla pelle: congiuntivite, corizza, faringite, laringite, eritemi, papule, pustole. Sono state descritte come rarità parotiti. Tali manifestazioni sono da riportare alle vie di eliminazione dello iodio, alle combinazioni acide dei preparati iodici e all'eventuale sviluppo di acido iodico.

Non è segnalata neppure nei trattati più moderni «un'azione lesiva sull'apparato dentario», nè risulta dalla comune e quotidiana esperienza. *t. p.*

(792) Al dott. C. D. M. da R.:

Non è assolutamente il caso di curare la psoriasi con neosalvarsan. G. MONTESANO.

(793) Agli abb. n. 8630 e 2394:

Suggeriamo il trattato del Gaglio o quello del Marfori, da noi recensiti. L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

J. DANYSZ. *Principes de l'Évolution des Maladies infectieuses.* Un vol. in-18° di pag. 170. Parigi, J.-B. Baillière et fils, 1918. — Prezzo fr. 5.

L'A. si è proposto di rispondere ad una serie di quesiti che concernono la patologia e la terapia delle malattie infettive; cioè: come si diviene malati, in che consiste la malattia, come un organismo infetto può guarire spontaneamente, quale è il meccanismo dell'azione curativa dei prodotti biologici e chimici, quali potrebbero essere le direttive generali nella ricerca di metodi curativi nuovi.

L'A. affronta lo studio dei fenomeni complessi relativi all'immunità ed all'anafilassi e vi porta un contributo nuovo di ricerche personali. Egli riconduce molta parte della patologia delle infezioni alla reazione anafilattica, ed illustra le sue vedute applicandole ad alcune malattie prodotte da germi che elaborano tossine anafilattizzanti (tubercolosi, tifo, colera) e da germi che non ne producono (difterite). Penetra, infine, nel meccanismo della reazione anafilattica, alla luce delle nostre conoscenze sulla fisico-chimica colloidale.

Il breve lavoro è denso d'idee suggestive.

R. B.

GOUGEROT H. *Le traitement de la syphilis en clientèle.* Un vol. in-16° di oltre 600 pag. con 51 tavole. — A. Maloine et fils, Parigi. — Prezzo fr. 18.

La conoscenza ampia e profonda su tutto quanto riguarda la sifilide è indispensabile al medico pratico, il quale, ancor più che lo specialista si trova nell'occasione di scovare questa proteiforme malattia, dove meno sarebbe da sospettarsi. L'inverosimile è vero, in materia di sifilide, e si pensa alla grande frequenza di essa ed all'alta percentuale delle sifilidi ignorate (fino al 18 % nelle donne), si comprende la necessità che ogni medico possegga su di essa delle cognizioni sicure.

A ciò serve bene questo grosso volume del Gougerot, che tratta la questione da un punto di vista essenzialmente pratico.

La descrizione delle lesioni è chiara ed accompagnata da belle tavole a colori. La diagnosi è trattata non solo nei capitoli delle forme primaria, secondaria, ecc., ma altresì in un capitolo speciale di diagnosi regionale, in cui si descrivono le principali affezioni, che possono simulare la sifilide.

Il trattamento è studiato con cura minuziosa nelle sue indicazioni e controindicazioni, negli inconvenienti, che può provocare, e sul modo di prevenirli o attenuarli, ecc.

Secondo l'A., il trattamento fondamentale della sifilide rimane sempre quello mercuriale, associato o non agli arsenicali deboli ed agli ioduri; il 606 e simili non vanno usati che in casi speciali.

Anche le questioni deontologiche, le quali assumono una grande importanza nella sifilide, sono svolte ampiamente, con grande senso pratico. Un capitolo a parte è destinato alla diagnosi batteriologica. *ini.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei Medici in Bologna.

L'Ufficio di segreteria della Federazione ha diramato la seguente circolare ai presidenti degli Ordini:

Bologna, 25 agosto 1918.

Il Consiglio di questa Federazione riunitosi in Roma nei giorni 19-20 del mese corr. ha votato l'Ordine del giorno che ho l'onore di trasmetterle, prevenendo V. S. che al più presto possibile le verrà pure mandata copia del processo verbale della predetta adunanza e ciò in conformità al deliberato dello stesso Consiglio Federale.

Il Consiglio Federale degli Ordini dei Medici riunito in Roma il 19 agosto 1918:

Vagliate con ampia discussione le ragioni per cui il Presidente e la Giunta Esecutiva hanno rassegnato le loro dimissioni, e presa visione di vari articoli pubblicati in merito ad esse dalla stampa professionale, nonchè delle lettere inviate dai Consiglieri Federali assenti (Ballerini, Boccasso, Dal Prato, Forlanini e Deplano). Riuscite vane le più vive insistenze fatte ai colleghi per il ritiro delle dimissioni;

riaffermando innanzi tutto che la candidatura del Presidente prof. Silvagni a rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità fu spontaneamente proposta dai convenuti al Consiglio di Firenze del 1° maggio u s. con dichiarato e sincero carattere di conciliazione e non fu contrapposta ad alcun altro nome, ma deliberata dal Consiglio ed accettata dal prof. Silvagni soltanto dopo che da tutti gli intervenuti furono fatte promesse impegnative del ritiro di tutte le altre candidature presentate;

dichiarando che il Consiglio Federale si sarebbe reso solidale coi dimissionari col presentare a sua volta le sue dimissioni solo che avesse avuto fondata speranza di indire a breve scadenza il Congresso Nazionale;

Delibera:

1° di prendere atto con vivo rammarico delle dimissioni del Presidente e della Giunta Esecutiva, dolente che venga a mancare alla Federazione la loro opera intelligente e feconda;

2° di pregare i dimissionari prof. Silvagni, prof. Cappelletti, dott. Dal Prato e dott. Ruzzini a mantenere la carica di Consiglieri e di rivolgere uguale preghiera ai colleghi dott. Forlanini e Contuzzi che pure si sono dimessi per ragioni personali;

3° di nominare una nuova Giunta Esecutiva nelle persone del dott. Enrico Ballerini, vice-presidente; del dott. Arturo Secchieri, segretario; del dott. Braccio Braccini, cassiere-economo; col preciso mandato di indire nel più breve tempo possibile un *referendum* fra i presidenti degli Ordini circa l'opportunità e la data di convocazione del Congresso al quale sarà demandato naturalmente ogni giudizio definitivo su tutta l'azione svolta dal Consiglio Federale;

4° di lasciare al consigliere prof. Silvagni, che generosamente lo accetta, l'incarico della raccolta e custodia delle somme versate alla sottoscrizione promossa dalla Federazione a favore dei medici e delle famiglie maggiormente danneggiate dalla guerra, e ciò sia per ragioni di legale e regolare gestione contabile, sia per la certezza che egli proseguirà a dare alla sottoscrizione stessa l'impulso vigoroso datole finora.

N.B. — In seguito a queste deliberazioni, finchè gli Ordini non avranno comunicazioni della nuova Giunta Esecutiva, la sede della Federazione resta a Bologna; la firma degli atti ufficiali viene delegata al segretario dott. Secchieri e per cose urgenti al vice-segrteario dott. Domenichini.

Il v.-segr. dott. GIULIO DOMENICHINI.

Un'Associazione Medica Italiana negli Stati Uniti. — «La Parola del Medico» di New York dà notizia che i medici italiani di Chicago si sono adunati in sodalizio.

L'associazione si propone di:

1. Riunire in un sol fascio i medici italiani e italo-americani, che esercitano la professione nella Colonia Italiana;
2. Promuovere lo spirito di fratellanza e di rispetto reciproco;
3. Migliorare le condizioni etico-morali, scientifiche, professionali ed economiche dei soci, quali i nuovi tempi richiedono;
4. Compiere opera di educazione civile e igienica nella colonia italiana;
5. Acquistare così alla professione medica italiana ed italo-americana, tanto nella colonia quanto nell'elemento americano e di altre nazionalità, quella giusta considerazione che le è dovuta per merito scientifico, etico, sociale;
6. E infine estendere la sua azione e cooperazione a tutti i medici italiani degli Stati Uniti, per gli scopi su detti.

ATTI PARLAMENTARI.

Il servizio sanitario nelle caserme.

L'on. Dore ha interrogato il Ministro della guerra «per sapere se non crede di dover disporre che sia migliorato il servizio sanitario delle caserme, imponendo nei Corpi d'armata territoriali una cura più assidua e più affettuosa dei soldati e una maggiore vigilanza sulle non buone condizioni dei locali e della alimentazione; siano destinate alla zona di guerra parecchie commissioni sanitarie di controllo, non essendo concepibile che, mentre per i servizi della zona territoriale occorrono dieci commissioni, possa bastare una sola per le esigenze indubbiamente straordinarie della zona di guerra;

sia data una completa unità di indirizzo ai servizi sanitari militari ponendoli tutti sotto la Direzione generale provvidamente istituita presso il Ministero della guerra, essendo assurdo che si faccia ancora l'antica distinzione illogica tra servizi territoriali e servizi di zona di guerra, e si mantengano questi ultimi sotto la dipendenza di ufficiali delle truppe combattenti privi di competenza e di autorità ».

Sul problema della malaria.

L'on. Dore ha presentato un'interrogazione al Presidente del Consiglio:

« per sapere se sia a conoscenza delle alte cifre di ammalati di malaria che ha dato il recente uso nei lavori di mietitura dei soldati, specialmente fra le giovani reclute del 1900;

« e se questa nuova impressionante dimostrazione dei sacrifizi dolorosi, in mezzo ai quali si deve svolgere la coltura dei campi, non debba indurre il Governo ad una maggiore estimazione del contributo che viene apportato dalla povera classe dei contadini così al trionfo delle armi come al consolidamento dell'economia nazionale, e non debba imporre una più sollecita e radicale soluzione di questo problema della malaria, che costituisce l'attuale maggiore ostacolo alla redenzione igienica ed economica delle nostre terre ».

La deficienza della carne.

L'on. Scalori ha interpellato i Ministri dei consumi, di agricoltura e della guerra per sapere se di fronte alla necessaria riduzione del consumo delle carni bovine, intesa a salvaguardare il patrimonio zootecnico nazionale, abbiano fatto opera attiva ed efficace perchè fosse intensificata la produzione dei succedanei delle carni mastre, favorendo la coniglicoltura, la pollicoltura, l'esercizio della pesca e della caccia.

Il Ministro per gli approvv'gionamenti ha dato le seguenti assicurazioni all'on. Belotti: « ... Il consumo della carne bovina non può essere ulteriormente ridotto, senza nocumento per la pubblica alimentazione. Per quanto concerne la importazione della carne congelata, è in continuo aumento. Le quantità ora importate sono tali da rendere possibile una fortissima diminuzione dei bovini incettati per l'approvvigionamento dell'esercito ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Disposizioni per la difesa sociale contro la tubercolosi.

Nell'intento di renderne più facili la completa conoscenza e la consultazione a coloro che sono chiamati ad applicarle, il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica - Ufficio affari generali) ha riunite in un opuscolo le recenti disposizioni per la difesa sociale contro la tubercolosi e quelle che ad esse si riconnettono, formando con esse il complesso organico delle norme sinora emanate a disciplina della azione difensiva diretta contro la malattia.

Il volumetto consta di quattro parti, contenenti:

la prima, le disposizioni speciali, recentemente emanate in materia, corredate ed accompagnate da note illustrative che ne spiegano e commentano la finalità e la portata;

la seconda, le disposizioni relative agli invalidi della guerra, che si riconnettono con le precedenti;

la terza, le disposizioni portanti agevolazioni per la esecuzione di opere igieniche, alle quali quelle speciali per la profilassi della tubercolosi fanno esplicito richiamo e con le quali le disposizioni stesse furono create in stretta, intima connessione;

la quarta, infine, le disposizioni relative alla assegnazione del soccorso giornaliero alle famiglie bisognose dei militari di truppa alle armi, soccorso che, come è noto, le più recenti delle norme speciali per la difesa contro la tubercolosi vogliono corrisposto alle famiglie dei militari stessi riformati per tubercolosi durante il periodo di degenza negli speciali luoghi di cura.

Ai Prefetti del Regno è stata diramata una circolare per richiamarne l'attenzione sulla pubblicazione, della quale è stato inviato loro un certo numero di esemplari, per uso della Prefettura e del Comitato provinciale antitubercolare. Sono a disposizione dei Prefetti altre copie per gli uffici, gli enti, le associazioni che nella rispettiva Provincia attendano all'azione antitubercolare.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7406) *Pensioni.* — Dott. G. A. da C. — Tenuto conto del maggior contributo pagato per dieci anni, e, cioè, fino al 1909, con 25 anni di servizio e 57 di età, liquiderà l'annua pensione di lire 1384.60. Il maggiore contributo pagato dal 1909 ad oggi, cioè, per altri 10 anni in lire 600, dà un annuo supplemento di pensione di lire 59.04. Sicchè Ella percepirà complessivamente la somma di lire 1443.64.

(7407) *Medici condotti profughi - Competenze.* — Dott. F. B. da M. — Effettivamente l'art. 11 del D. L. del 20 gennaio 1918, n. 30, non fa distinzione fra impiegati stabili ed impiegati interini, ma parla di impiegati in genere, cioè, di tutti coloro che si trovavano a prestare comunque un servizio alla dipendenza di un Comune invaso. Si potrebbe, quindi, sostenere la tesi anche dinanzi alla autorità giudiziaria, unica cui si dovrebbe ricorrere a seguito della risposta negativa ricevuta dal Prefetto e confermata dal Ministero.

(7408) *Dimissioni - Non accettazione.* — Dott. abbonato 4798. — La Giunta provinciale amministrativa non poteva rimandare senza approvazione l'atto con cui Le si concedeva l'aumento dello stipendio, perchè fosse esteso agli altri impiegati. Poichè l'atto deliberativo era per sè stesso legale e conforme a legge, doveva essere approvato dalla autorità tutoria, la quale col suo agire ha adottato una decisione negativa, che ha pregiudicata la condizione economica dell'impiegato cui l'atto si

riferiva. Noi crediamo che si possa, con fondatezza, impugnare presso il Governo del Re la decisione all'uopo adottata dalla G. P. A. In corso di contratto non si può costringere l'amministrazione municipale ad accettare le dimissioni presentate dal sanitario, giacchè i contratti, legalmente conclusi, costituiscono legge fra le parti e non si possono sciogliere o modificare che col consenso di entrambi i contraenti e non di uno solo di essi.

(7410) *Congedo provvisorio - Competenze - Residenza.* — Dott. abbonato 5139. — Avendo Ella lasciato completamente il servizio militare, sarà amministrato per tutto il tempo durante il quale presterà servizio civile dal distretto militare nella cui giurisdizione si trova il Comune in cui presta servizio. Riceverà dalla amministrazione militare lo stipendio del proprio grado, l'indennità di servizio speciale, se ne ha diritto, l'indennità giornaliera di lire 5 di cui al D. M. 26 giugno 1916, e quella stabilita per gli ufficiali richiamati dal congedo fuori della loro residenza, di cui al D. L. 10 agosto 1916. È esclusa la concessione di qualsiasi altra indennità. Ciò è stabilito dalla circolare dell'8 giugno 1917. Dal momento che fu esonerato dal servizio militare espressamente per codesta condotta è naturale che non può, di sua autorità, cambiare residenza e recarsi nel Comune ove precedentemente prestava l'opera sua.

(7411) *Medici militari in servizio civile.* — Dott. V. P. da S. M. — I medici militari che sono destinati a servizio civile, sono amministrati, per tutto il tempo in cui presteranno il servizio medesimo; dal Distretto Militare nella cui circoscrizione si trova il Comune in cui prestano servizio. Per tale ragione è da ritenere che i detti sanitari non possano usufruire di congedo che a seguito di analoga autorizzazione del Distretto militare da cui dipendono amministrativamente.

(7412) *Medici militari in servizio civile - Competenze.* — Dott. G. D. da M. — I medici militari durante il tempo in cui prestano servizio presso le amministrazioni civili, ricevono dalla amministrazione militare lo stipendio del loro grado e le altre annesse indennità.

(7413) *Esonero - Proroga - Formalità.* — Dott. V. V. da P. — Prima che l'esonero scada si deve a cura del Comune ripetere l'intera procedura fatta la prima volta per ottenerlo ed esporre chiaramente ed esaurientemente le ragioni che militano per la proroga. Se l'esonero sarà revocato o, meglio, non sarà prorogato, dovrà attendere l'invito del Distretto militare, che ne sarà avvertito dalle autorità competenti, per presentarsi sotto le armi ed intraprendere il servizio militare.

(7414) *Congedo - Cumulo.* — Dott. M. P. da I. di S. — I congedi annuali dei medici condotti sospesi per la guerra e per tutta la sua durata, non verranno dopo accumulati e concessi tutti in una volta.

(7415) *Esonero - Avvicendamento.* — Dott. A. A. da I della S. — Tenuto conto delle condizioni di classe di leva e di servizio prestato in zona di guerra, Ella potrebbe ottenere l'esonero purchè fosse convenientemente ed esaurientemente dimostrato presso la Commissione provinciale, presieduta dal Prefetto, che il terzo posto di medico condotto è indispensabile per il normale andamento del servizio civile. Non pare possa invocarsi l'avvicendamento perchè dei medici che attualmente prestano servizio nessuno si trova in condizione di dover partire perchè l'uno è anziano e l'altro riformato. Se, però, non può andare nel suo paese potrebbe, per altro, ottenere altra destinazione in diverso Comune del Regno, ove si dia il caso che il medico attuale debba andare sotto le armi. Anche per l'avvicendamento Ella si trova di possedere le qualità richieste.

(7416) *Sessennii.* — Dott. D. V. da S. — Essendosi maturato il sessennio prima dello aumento deliberato dal Consiglio comunale il suo ammontare si deve calcolare sullo stipendio iniziale, cioè, su L. 2500. Come sessennio Ella dovrà, quindi, avere annualmente lorde L. 250 e nette L. 228.38. Pei quattro mesi e venti giorni del 1918 Le competono, secondo i calcoli fatti, L. 89.12. Trattandosi di lieve differenza fra questa somma e quella liquidatale dal Comune, riteniamo che non sia il caso di produrre ricorso, ma di trattare bonariamente, facendo rilevare l'errore.

(7417) *Caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. da M. — Percependo nel suo Comune uno stipendio annuo inferiore alle L. 4500, ha diritto alla indennità caro-viveri nella misura di L. 24 mensili dal 1° luglio 1917 giusta quanto dispone il D. L. del 26 luglio detto anno, n. 1181. Tale indennità durerà fino alla fine della guerra. Se il Consiglio comunale ordinerà l'aumento di stipendio a norma del D. L. del 10 febbraio ultimo, potrà conseguirlo. Esso è, però, sempre calcolato sullo stipendio lordo. Faccia analoga domanda al Sindaco del Comune.

(7418) *Concorsi - Esame dei titoli.* — Dott. P. B. da M. — Allorchè l'avviso di concorso parla di precedente servizio non deve nè può eccepirsi nulla in contrario se un concorrente, per ottenere la prestabilita dispensa dal limite di età, dimostri di aver prestato servizio interinale e non definitivo. La ragione è evidente in quanto che la finalità per cui chiedesi in chi deve esercitare una pubblica funzione una determinata età si ritiene raggiunta anche da chi quella pubblica funzione ha già esercitata ma non con nomina stabile. La modalità della nomina non influisce sull'esercizio professionale in atto, se esso fu, sotto ogni rapporto, lodevole.

(7419) *Armadio farmaceutico - Soppressione - Condotta piena - Trasformazione.* — Dott. abbonato 2500. — La soppressione dello armadio farmaceutico non può avvenire se, anche trascorso il periodo quinquennale stabilito dalla legge sulle farmacie, non sia stato assicurato nel Comune un regolare servizio farmaceutico. Tale constatazione deve essere fatta dal Prefetto, il quale, appena in possesso dei dati rilevati, ordinerà con decreto la chiusura.

La soppressione della condotta piena e la conseguente riduzione al puro obbligo di legge non può essere chiesta dal medico nel suo privato interesse, giacchè essa è di ordine pubblico e generale che su tutto prevale. Può, però, essere invocata da qualsiasi contribuente del Comune sempre quando per sostenere la relativa spesa siasi dovuto eccedere il limite normale della sovraimposta e venga constatato dalla competente autorità sanitaria che si possa addivenire alla soppressione senza intaccare il normale andamento del servizio di cura e di assistenza sanitaria pei poveri.

(7420) *Aspettativa per ragioni di salute - Competenze.* — Dott. G. A. R. da A. della R. — Di solito i Comuni corrispondono ai loro dipendenti collocati in aspettativa per ragioni di salute un trattamento identico a quello che lo Stato fa ai propri impiegati, e, cioè, un terzo dello stipendio per coloro che non hanno compiuto dieci anni di servizio e la metà agli altri.

(7421) *Obblighi di prestazione.* — Dott. G. L. da A. — Nei casi urgenti e quando è l'unico esercente nel Comune il medico non può rifiutarsi di aderire alle chiamate qualora sia in condizioni fisiche tali da poter compiere la prestazione professionale.

(7422) *Supplenza gratuita in caso di infermità.* — Dott. G. C. da D. — Il medico condotto interino che fa servizio a scavalco con indennità giornaliera non ha diritto a supplenza gratuita in caso di malattia.

(7423) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. D'A. da C. — Se il posto di condotta che Ella occupa è compreso nella pianta organica ed è privo di titolare, può conseguire l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo, tosto che sarà deliberato dal Consiglio comunale.

(7424) *Aumento di stipendio.* — Dott. R. S. da P. — Lo stipendio del terzo medico mancante temporaneamente perchè chiamato sotto le armi non può essere aumentato a favore degli altri due che sostituiscono, giacchè gli interini hanno diritto all'aumento portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo, sol quando il titolare sia mancante e non anche quando egli sia assente. Oltre a ciò, essi percepiscono quella somma non come stipendio ma come indennità pel maggior lavoro che sono costretti a sostenere giornalmente.

(7425) *Aumento di stipendio.* —Dott. L. L. 5483. — L'aumento di stipendio non si calcola sulla indennità che Ella riceve come ufficiale sanitario. Lo stesso è per la indennità caro-viveri. Dovrà, quindi, ricevere L. 360 annue pel primo titolo, e la somma mensile di L. 30 pel secondo.

(7426) *Ambulatorii medici.* — Dott. D. B. da B. A. — L'art. 85 del Regolamento generale sanitario del 3 febbraio 1901, n. 45, dichiara che sono considerati come istituti di cura gli ambulatorii annessi alle farmacie. Come tali, hanno, quindi, bisogno di autorizzazione del Prefetto da rilasciarsi a seguito di ispezione e di visita sul posto eseguita da persona tecnica.

(7427) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. V. R. da M. — Sulla indennità che riceve come ufficiale sanitario non ha diritto nè all'aumento portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo, nè alla indennità caro-viveri. Sullo stipendio di lire 2200, ha diritto all'uno ed all'altro. Il primo in lire 615 annue ed il secondo in lire 24 mensili.

(7428) *Aumento di stipendio.* — Dott. V. R. da Z. di G. — Avrebbe diritto allo aumento dello stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo sempre che il Consiglio comunale ne avesse disposta la concessione. Se il Comune ha deliberato, la differenza dello stipendio sarà naturalmente maggiore e la maggiore corresponsione decorrerà dalla data della relativa deliberazione consiliare o da quell'altra che in essa, sia pure con effetto retroattivo, sarà stabilita.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8336:

Sono trasferiti nel ruolo di complemento solo quegli ufficiali medici che hanno diritto ad un grado superiore per titoli. Altrimenti non è ammesso il passaggio da una categoria all'altra.

Al dott. G. S., Zona di guerra:

Per ora le promozioni degli ufficiali medici effettivi con grado di capitano sono stazionarie all'anzianità del 14 gennaio 1915. Ella non può quindi per ora esser promosso.

All'abb. n. 992:

Nessun capitano medico di complemento nè effettivo nè con anzianità 1916 è stato per ora promosso. Infatti gli ultimi capitani promossi maggiori avevano l'anzianità del 14 gennaio 1915.

Al dott. E. d. V. da F.:

Il Ministero concede realmente il grado di capitano medico di complemento a quei medici che possono provare di aver compiuto 15 anni di esercizio professionale. Ella deve quindi presentar domanda al Ministero, allegando i titoli che comprovino i suoi 15 anni di servizio medico.

All'abb. n. 6172:

Ella non può ottenere l'avanzamento ad anzianità quando non venga proposto dalle autorità competenti. Avendo però Ella compiuti oltre 5 anni di esercizio professionale, potrebbe chiedere al Ministero la nomina a tenente di complemento per titoli.

Sig. F. D. da S.:

Occorre far pervenire un regolare reclamo al Ministero da parte dell'autorità civile interessata. Ma l'esoneo era stato realmente concesso?

All'abb. n. 6933:

Occorre presentar domanda al Ministero.

Cessato il periodo di indisponibilità dovuto all'esonero, se il medico richiamato trovasi ad aver raggiunto il titolo dei compiuti 15 anni di esercizio professionale, ha diritto alla nomina al grado di capitano. La condizionata idoneità fisica non ostacola per solito tal genere di nomine.

Al dott. F. L. da F.:

Non vi è distinzione circa i diritti alla promozione tra i capitani medici di complemento provenienti dal corso di Firenze e quelli nominati capitani per titoli.

Il decreto 26 maggio 1918, n. 792, che riguarda tali promozioni, specifica che esse possono essere fatte

per gli ufficiali medici di complemento *di qualsiasi provenienza.*

All'abb. n. 8756:

Data la sua classe ancor giovane (1883) Ella non può aspirare all'avvicendamento in zona territoriale. Circa il cambio di servizio da zona di prima linea a retrovie provvedono le autorità mobilitate, compatibilmente con le esigenze del servizio.

Per solito si fanno dei turni di sei mesi: trattasi di disposizioni interne e non vi è alcuna circolare sul giornale militare che tratti di tali avvicendamenti locali.

Ella non può far passaggio dalla Croce Rossa alla Sanità militare.

Al dott. E. P. da P. d'A.:

Il Suo esonero può essere prorogato e lo sarà automaticamente se perdureranno le condizioni che l'hanno fatta dichiarare esonerando precedentemente.

All'abb. n. 9856:

La Sezione di sanità va considerata come formazione sanitaria di prima linea.

L'avvicendamento dalla prima linea a zone più arretrate per le ragioni da Lei esposte non è ammesso. M. G.

N. B. Avvertiamo che:
Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

BENEMERITI DELLA SALUTE PUBBLICA.

Con Decr. Luog. 21 aprile 1918, sono state conferite le seguenti onorificenze a medici benemeriti della salute pubblica:

MEDAGLIA D'ORO. — Druetti Giuseppe.

MEDAGLIA DI ARGENTO. — Boralevi Emilio, Brandolini Nicola, Nicolais Alessio, Atzeni Giuseppe, Bandi Ivo, Barba-Morrihy Camillo, Bartolotti Cesare, Bianchi prof. Leonardo, Bracchini Ettore, Brezzi Giuseppe, Bucciante Alfredo, Bufalini Angelo, Dello Strologo Dario, Di Giovanni Ignazio, Licastro Massimiliano, Lutrario Adolfo, Mangiavillani Giuseppe, Pavone Angelo, Russitano Ernesto, Scioli Gennaro, Zaccaria Alessio.

MEDAGLIA DI BRONZO. — Barile Felice, Cirmeni Arcangelo, Grado Paolo, Mazzotto Antonio, Messineo Giuseppe, Sica Carlo, Arpa Vittorio, Bianchi prof. Vincenzo, Brigida Paolo, Cairo Gaetano, Calamida Enrico, Canessa Giuseppe, Carboni Salvatore Angelo, Caro Orazio, Ciccarelli Filippo, Colosimo Vittorio, Costantini Giuseppe, Curcio Quintino, De Bonis Vittorio, Del Bello Francesco, Delli Santi Mariano, De Paolis prof. Luigi, De Rossi Scipione, Di Napoli Luigi, Frongia Ermenegildo, Fusco Gennaro, Germino Alfredo, Giannone Alfonso, Graziadei Valentino, Grixoni Giovanni, Labranca Antonio, Lenzi Armando, Leone Aurelio, Leone Salvatore, Lualdi Riccardo, Marano Nicola, Mascitelli Guglielmo, Masi Michele, Matteini Giulio Cesare, Mazzolani Domenico, Messi Gustavo, Palomba Giovanni, Pazzi Ermanno, Pecori Giuseppe, Pezzullo Angelo, Piras Luigi, Raimondi Ignazio, Restivo prof. Empedocle, Romanelli Ilario, Salmi Luigi, Senni Giuliano, Susca Vito, Tecce Nicola, Tonsini Ciro, Varvaro Gio. Battista, Zoccoletti Riccardo;

ATTESTAZIONE DI BENEMERENZA. — Angeletti Nazzareno, Bartolomei Roberto, Belli Eduardo Carlo, Bonfanti Linares Corrado, Butticè Giuseppe, De Angelis Giovanni, Dentico Agostino, Garneri Bartolo, Ingravalle Alfredo, Kraus Amedeo, Lapponi Guido, Licata Vincenzo, Liscia Adolfo, Maffei Carlo, Mai Marco, Mansuino Alfredo, Marin Innocente, Masoni prof. Antonio, Massaglia Aldo, Pagliaro Giuseppe, Polizzi Michelangelo, Randaccio Vittorio, Ricci Antonio, Rinaldi Giuseppe, Rossini Luigi, Ruberti-Fiori Ernesto, Tallarico Pasquale, Tirelli Elio.

Il prof. comm. Francesco Denti, primario oculista dell'Ospedale Maggiore, è nominato Grande Ufficiale della Corona d'Italia, per l'opera ammirevolmente filantropica ch'egli va svolgendo a favore dei ciechi di guerra.

Congratulazioni.

Il prof. Adorno Massimi è stato promosso tenente colonnello medico con Decreto Luogotenenziale 14 luglio u. s.

È stato fatto cavaliere mauriziano con diploma 20 giugno 1918.

Rallegramenti.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

ROVERSI dott. ANTONIO, di Pieve di Cento (Ferrara), del ... alpini. — Accorreva volontariamente in un punto esposto all'intenso fuoco nemico. Mentre sotto il violento fuoco di artiglieria medicava un collega, rimaneva ferito. — Monte Cornone, 10 febbraio 1918.

SAVINO PIETRO, da Gravina in Puglia (Bari), tenente medico di complemento. — Addetto all'ufficio di Sanità d'un Comando di Divisione, con instancabile attività ed energia, con zelo e coraggio ammirevole, dirigeva personalmente le operazioni pel risanamento di una zona aspra e difficile, sistemando convenientemente i posti di medicazione in linea, dedicandosi con entusiasmo al suo nobile ed umanitario cómpito, ed esponendosi volontariamente al tiro dell'artiglieria e della fucileria nemica per ricuperare le salme dei caduti e per meglio assolvere l'incarico affidatogli. — Sober-Marna-Vertojba, maggio-giugno 1917.

MEDAGLIA DI BRONZO.

ROLANDELLI dott. MARCO, da Maissana (Genova), sottotenente medico, reggimento fanteria. — «Per soccorrere prontamente i combattenti, collocava il posto di medicazione nella immediata vicinanza della prima linea, in località battuta

dall'artiglieria nemica, disimpegnando il suo pietoso ufficio con calma ed attività esemplari — Carso, 11-12 ottobre 1916».

MAGNELLA MARIO, da Napoli, aspirante ufficiale medico complemento reggimento bersaglieri. — In un terreno montano e difficile, raggiunti i reticolati avversari, vi si manteneva saldo col suo plotone per 18 ore, nonostante il violento fuoco nemico di fucileria, mitragliatrici e artiglieria ed il lancio di bombe a mano e sassi. Ferito più volte leggermente alle gambe, ricusava di allontanarsi per farsi medicare e ripiegava poi col suo plotone, dopo averne ricevuto l'ordine. — Piccolo Colbricon, 4-5 agosto 1916.

SALA GIUSEPPE, da Milano, tenente medico complemento, reggimento alpini. — Tenente medico di un battaglione che doveva entrare in azione, benchè fosse ammalato e ricoverato in luogo di cura, volle spontaneamente ritornare al proprio reparto per prestare l'opera sua nel combattimento e, con intelligenza, calma ed abnegazione, noncurante dell'evidente pericolo, adempì lodevolmente al proprio compito, durante tutto lo svolgimento dell'azione. — Costone Lora (Pasubio), 10 settembre 1916.

SANTORO cav. GIUSEPPE, da Chieti, colonnello medico direttore sanità corpo armata. — Costante esempio di coraggio nel recarsi ad ispezionare trincee avanzate, in una speciale circostanza, durante un'azione offensiva, si recava ad una sezione sanitaria dipendente. Constatato l'ingente numero di malati e feriti che affluivano alla sezione, vi prestò l'opera sua, dando opportune disposizioni e dimostrando serenità di fronte al pericolo. — Zagora-Plava, 9-16 agosto 1916.

CROCE DI GUERRA.

Il maggiore medico dott. GHERARDI, capo ufficio di Sanità della VI Divisione, è stato insignito, dal Comando del XIV Corpo d'Armata, della Croce al merito di guerra, per la bella condotta sempre tenuta in numerose contingenze guerresche, sul Carso e sugli altipiani.

Così pure la Croce di guerra è stata assegnata con n. 1308 dal Comando del XIV Corpo d'Armata al capitano medico di complemento dott. FRABETI ANTONIO, di Ferrara, per aver dimostrato spirito di sacrificio e abnegazione in vari fatti d'arme a cui dovette partecipare in oltre tre anni di guerra trascorsi sempre al fronte.

ERRATUM. — Nell'articolo *A proposito del caso Bossi* pubblicato sul fascicolo scorso, a pag. 840-841, per errore d'interpretazione del manoscritto, fu stampato nella terz'ultima riga, «austero» invece di «onesto».

Fu inoltre omesso il periodo che chiudeva l'articolo:

«Se saranno evidenti le incongruenze o gli errori della procedura e se risulterà illibata la condotta del prof. Bossi, questi avrà bene il diritto di essere rimesso con onore nella cattedra e nella stima più completa di tutti».

NOTIZIE DIVERSE

La Cassa Nazionale Infortuni per le asssicurazioni del lavoro agricolo.

Il comitato esecutivo della Cassa Nazionale Infortuni, composto del presidente senatore Ferrero di Cambiano, del vicepresidente comm. Novella e dei suoi membri Argentina Altobelli, comm. Magaldi, ing. Pontiggia e comm. Ciamarra, e accompagnato dal direttore generale comm. Bargoni, è stato ricevuto da S. E. il ministro dell'industria Ciuffelli, al quale ha fatto presente come la Cassa Nazionale Infortuni abbia predisposta la sua organizzazione, già vasta e complessa, per la nuova gestione, alla quale dedicherà ogni miglior cura e il frutto della esperienza derivante da trentacinque anni di esercizio delle assicurazioni degli infortuni sul lavoro.

Il ministro Ciuffelli ha preso atto con molto compiacimento della preparazione già compiuta dalla Cassa, la quale potrà imprimere uniformità di indirizzo e unità di principî nella pratica applicazione per tutto il Regno di questa nuova provvidenza sociale.

Si ritiene che entro il corrente mese potrà aversi la pubblicazione del regolamento al decreto-legge sugli infortuni in agricoltura, poichè lo stesso ha riportato l'approvazione del Consiglio di Stato l'11 luglio scorso, e che quindi col 1° gennaio 1919 potrà realizzarsi l'antica e giusta aspirazione dei lavoratori della terra.

Cassa medica di guerra.

La sottoscrizione promossa dalla presidenza della Federazione degli Ordini dei medici per un Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie (a disposizione del futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della circolare n. 6 - prot. n. 451 - 18 agosto 1915), ha raggiunto a tutto il 31 luglio, col trentunesimo elenco delle offerte, la somma di L. 147,660.86.

Oblazioni alla C. R. I.

La Repubblica Cubana, a mezzo del sen. Cosme de la Torriente, presidente della Commissione Nazionale Cubana, ha versato alla Croce Rossa Italiana L. 360,351.35 per essere devolute a beneficio delle famiglie dei morti in guerra e degli invalidi di guerra.

Per l'Opera della Croce Rossa Italiana, la Società Vittorio Emanuele III di Curytiba (Brasile) ha inviato la somma di L. 37,500, ricavato di una sottoscrizione speciale.

Il comm. Martinelli, residente a Rio de Janeiro, ha fatto dono alla Croce Rossa Italiana di centomila lire.

I fratelli Luigi, Giuseppe e Lorenzo De Bernardis, residenti a Lima (Perù) a mezzo del fratello loro sig. G. B. De Bernardis, hanno inviato alla C. R. I. la cospicua somma di L. 11,000.

In precedenti oblazioni i fratelli De Bernardis avevano inviato alla Croce Rossa Italiana altre 27,000 lire.

Gli eredi del comm. Armando Raggio di Genova hanno versato alla Croce Rossa Italiana la somma di L. 10,000.

Per onorare la memoria del compianto commendatore Luigi Parodi la famiglia e la Società Anonima Angelo Parodi di Genova hanno elargito alla C. R. I. la somma di L. 10,000.

La C. R. A. per un sanatorio antitubercolare.

La Croce Rossa Americana, per mezzo del signor Roberto Perkins, tenente colonnello e Commissario in Italia della grandiosa e benemerita istituzione, ha inviato L. 60,000 in favore del Sanatorio antitubercolare di Ariccia, promosso dal «Giornale d'Italia» per i fanciulli tubercolotici figli di combattenti.

La C. R. A. aveva già elargito allo stesso scopo L. 57,000.

Con questo nuovo contributo la sottoscrizione per l'Istituto di Ariccia sale a L. 2,136,124.55.

Auto-ambulanze americane.

Il Comitato dei poeti di New York ha destinato al nostro fronte altre due auto-ambulanze complete, intitolate ai nomi di due valorosi americani caduti in guerra: il maggiore Matchel e Quentin Roosevelt.

Per le Opere antitubercolari.

La sottoscrizione pel Sanatorio della Croce Rossa del Comitato Regionale di Torino, all'«Eremo di Lanzo», ha raggiunto la somma di lire 155,993.35.

Beneficenza.

L'ing. Remo Lanfranchi, per onorare la memoria del figlio Gianfranco, caduto in Francia, ha elargito al Comune di Cremona la somma di L. 130,000, da distribuirsi tre varie istituzioni di beneficenza.

Il sig. Domenico Villa, di Monza, ha legato, morendo, circa 300,000 lire di beneficenza, a favore di vari istituti pii.

Per la coltivazione delle piante medicinali.

Il Ministro di Agricoltura ha disposto che alcuni suoi funzionarii idonei studino con sollecitudine i mezzi più adatti per la coltivazione intensiva di alcune erbe medicinali che si sviluppano spontaneamente in molte località montuose della Calabria.

Il consumo di tabacchi in Italia.

Negli ultimi esercizi finanziari il consumo di tabacchi è cresciuto da 350 milioni di lire annue nell'esercizio 1913-14 a 823 milioni nell'esercizio 1917-18, ossia da una media di L. 2.64 a una di L. 6.27 al mese a testa per la popolazione maschile superiore a 15 anni.

La malaria in Inghilterra.

Nell'estate e nell'autunno dell'anno scorso sono stati osservati in Inghilterra 178 casi autoctoni di malaria, nelle contee del sud-est. La forma è stata di terzana benigna senza alcuna morte. I colpiti appartenevano all'esercito (136), alla marina (19), alla popolazione civile (23). Solo in due distretti si poteva parlare di prevalenza locale.

Questo fatto mette in pensiero le autorità inglesi, riflettendo al fatto che anticamente la malaria era frequente e si avevano in certi anni delle gravi epidemie. Gli anofeli si osservano praticamente in tutta l'Inghilterra e, tenuto conto dei numerosi soldati che rimpatriano malarici, possono diffondere notevolmente l'infezione. (*Lancet*, 3 agosto).

Contro l'influenza estiva della Svizzera.

Dato l'allarmante sviluppo e la gravità dell'epidemia d'influenza estiva nella Svizzera, i governi della Germania e dell'Austria hanno chiuso le frontiere sanitarie con questa Nazione, e pare che la stessa disposizione stia per essere presa dall'Italia.

Scambio di prigionieri austro-serbi.

Dal 28 maggio al 1° giugno è stata tenuta tra i delegati austro-ungarici e serbi una conferenza per trattare le questioni relative alle vittime della guerra. La conferenza ha avuto risultati soddisfacenti. È stato firmato un accordo relativo, specialmente, al rimpatrio dei prigionieri di guerra invalidi ed allo scambio dei prigionieri di guerra validi.

Per onorare la memoria del Conte della Somaglia.

Per onorare la memoria del conte della Somaglia, che tanto vasto compianto ha suscitato nella grande famiglia della Croce Rossa, Domenico Buongiorno, del Comitato Centrale, si è fatto iniziatore d'una sottoscrizione limitata a quelli che furono più vicini al conte della Somaglia. Il danaro raccolto è stato versato a beneficio dei Sanatorî per tubercolosi.

Un paese infestato dai topi.

Da Thiesi, in provincia di Sassari, viene segnalata un'invasione di ratti.

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanitaria . . . . . . Pag. 863
Appendicite acuta: trattamento . . . . » 859
Atti parlamentari . . . . » 862
Bacilli dissenterici: isolamento dalle feci » 860
Denti: azione delle cure iodiche . . . . » 861
Emiplegia transitoria . . . . » 858
Fratture da proiettili: trattamento . . 854, 855
Malaria: effetto del freddo sui parassiti negli anofeli . . . . » 860
Paraplegie organiche senza lesione della dura madre nelle ferite del rachide da proiettili . . . . Pag. 858
Sciatica: segni obbiettivi . . . . . . » 857
Tifo: diagnosi e trattamento . . . . . » 852
Tifo infantile: cura con oro colloidale . » 857
Trazione continua nei monconi di amputazione . . . . » 850
Tubercolosi polmonare: concause; loro importanza clinica e profilattica . . . » 845

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 15 settembre 1918 Fasc. 37.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Egidi: Sulle plastiche cinematiche. — **Apparecchi e strumenti nuovi:** G. B. Fazzari: L'irrigatore portaspugna. Nuovo mezzo di cura dell'uretrite cronica. — **Sunti e Rassegne:** PEDIATRIA: H. B. Sheffield: I medicamenti nei bambini. — NEUROLOGIA: Müller: Sui disturbi nervosi della vescica in guerra. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Società Medico-Chirurgica di Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Nuove spirochetosi. — TERAPIA: La cura dell'artrite gonococcica col vaccino gonococcico sensibilizzato. — La sieroterapia endomuscolare nella meningite cerebro-spinale. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla sifilide antenatale. — IGIENE: Attrazione di alimenti e prodotti di fermentazione verso le mosche. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Pangloss: Per una quistione di moralità e di opportunità politica. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

2ª AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA
diretta dal ten. col. med. prof. R. ALESSANDRI.

Sulle plastiche cinematiche.

Capitano medico GUIDO EGIDI.

Il problema di utilizzare l'energia dei muscoli restati nei monconi di amputazione per muovere volontariamente le protesi richiede un giunto tra i motori vitali rappresentati dai muscoli e gli apparecchi meccanici di trasmissione.

Atteso che la parte muscolare o tendinea del giunto è di facile costruzione, mentre è molto delicata la preparazione della guarnitura cutanea, a me è parso che si dovesse prima di tutto costruir questa e assicurarsi che fosse in condizioni vitali e poi ad essa adattare la parte muscolare.

Il più semplice tipo di giunto si avrebbe nel seguente modo.

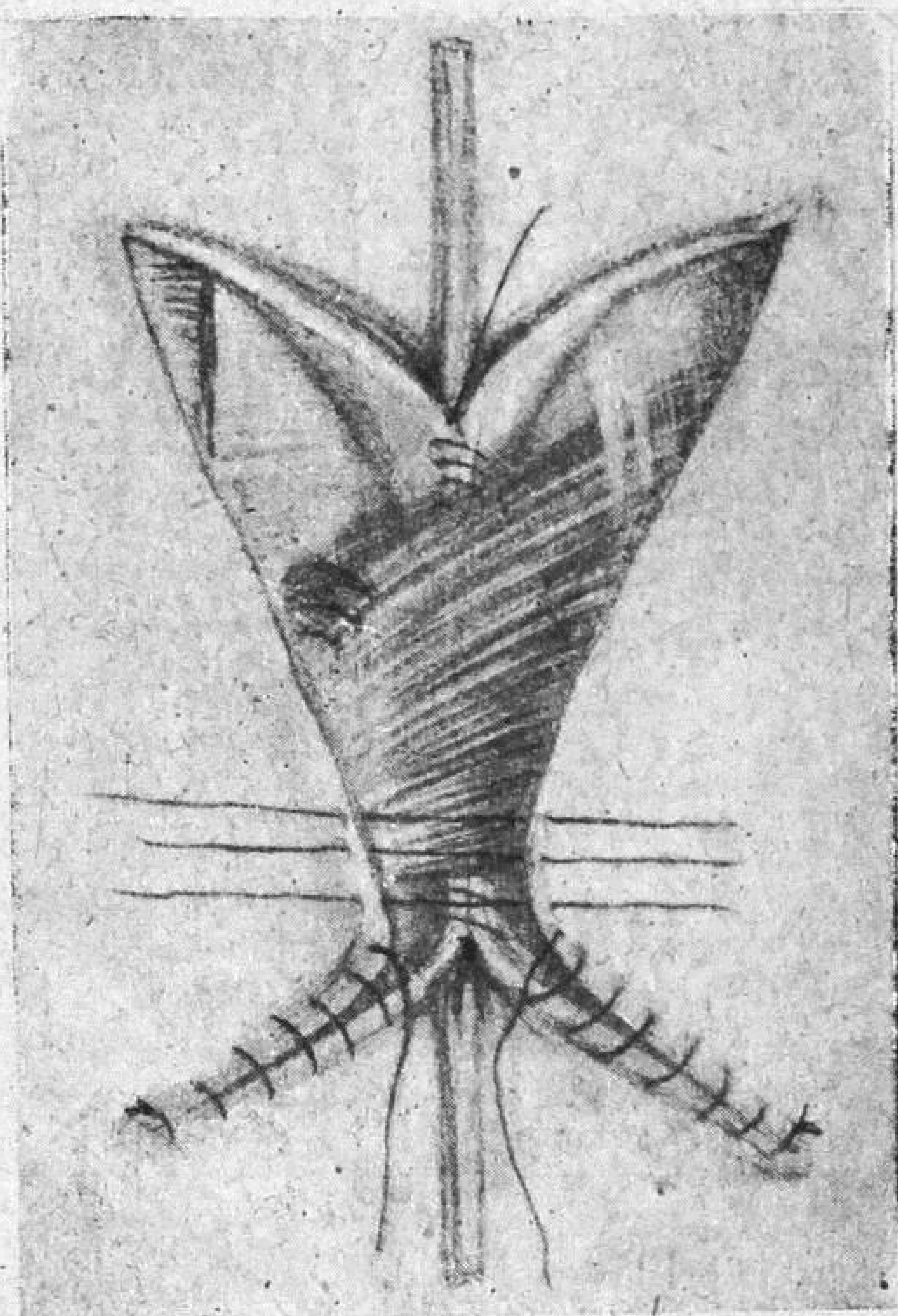
Praticato un taglio trasversale su un ventre muscolare di un moncone, possiamo introdurre nel taglio un lembo epidermico arrotolato su una bacchetta alquanto più lunga del taglio e ricucire poi il muscolo e la pelle. Allora le

trazioni esercitate sulla bacchetta si trasmetteranno al muscolo e viceversa le trazioni del muscolo si trasmetteranno alla bacchetta.

Questa può essere un cilindro di pochi millimetri di diametro. Mettiamo che sia di 1 centimetro; la circonferenza sarà di cm. 3.14. Mettiamo che la lunghezza del taglio sia di centimetri 5-6. La superficie del lembo epidermico dovrebbe essere un rettangolo di centimetri 6 × 3.5 al massimo.

Ma se vogliamo che l'impellamento sia una guarnitura resistente, occorrerà che sia fatto con una striscia di pelle provvista di sottocutaneo. Essa dovrà aver la stessa superficie del lembo epidermico. Sarà raro che il moncone stesso non possa fornirla. Se ciò fosse, l'inconveniente non avrebbe importanza, perchè lo scheletro del moncone potrebbe essere accorciato; importante sarà invece che la pelle venga presa e spostata in modo che resti vitale.

A me sembra che debba venir presa nel seguente modo. In direzione normale alle fibre



muscolari, ciò che ordinariamente significa in senso trasversale rispetto all'arto, si praticano 2 incisioni parallele lunghe quanto è lunga la striscia di pelle della quale si ha bisogno e distanti una dall'altra tanto quanto la striscia deve esser larga. Una bacchetta si dispone sulla pelle delimitata dalle incisioni, si avvolge in essa e vi si mantiene suturando uno all'altro i margini della striscia. Si forma così un canale cutaneo che viene poi portato in mezzo ai muscoli come il canale epidermico del caso precedente.

La torsione che i margini della striscia subiscono è minima.

Lo spostamento del canale dalla superficie alla profondità obbliga le parti che lo costituiscono a compiere, tra i due estremi che restano fissi, un percorso rettilineo invece di uno arcuato; perciò la tensione in esse, invece di aumentare, diminuisce.

La nutrizione dei tessuti spostati avviene attraverso le connessioni laterali che restano intatte e attraverso quelle profonde le quali possono non venir toccate affatto o solo in piccola parte. È per ricordare con una immagine queste caratteristiche che io parlerò d'ora innanzi di plastica ottenuta con un *istmo* di tessuti, anzichè con un lembo a ponte.

Il muscolo o i muscoli coi quali si vuol fare il giunto vanno scelti tra quelli che possiedano



considerevole energia e che, per effetto della contrazione, subiscano spostamenti ampii. Il giunto poi va fatto su un tratto di muscolo situato perifericamente al punto dal quale penetrano i rami nervosi motori. Per queste ragioni i muscoli corti o i monconi corti di muscoli lunghi sono poco adatti.

Il paziente deve aver la sensazione muscolare dello sforzo che compie e questo deve esser volontario. Perciò è bene che concorrano a muovere il giunto muscoli che fisiologicamente abbiano funzione analoga e che siano abitualmente sinergici con quelli dei quali vanno a sostituir la funzione. I flessori dell'avambraccio, del carpo e delle dita, per es., sono utilizzabili per i movimenti di flessione della mano protetica molto meglio che non gli esten-

sori e viceversa. Se si commettessero disordini rispetto all'aggruppamento fisiologico della collaborazione muscolare, il paziente avrebbe i mezzi motori per il lavoro, ma l'uso di essi sarebbe inceppato dagli errori di comando inevitabili fino a che non si fossero ricostituite vie psichiche nuove per mezzo di una rieducazione lunga e di esito dubbio.

Vi sono delle prove pratiche che debbono essere istituite prima di fare un giunto. Invitando un mutilato a compiere un determinato movimento, si può stabilire quali dei muscoli del moncone siano ancora capaci di contrarsi e quali siano i più adatti per la funzione che si vuole ristabilire.

La sede nella quale è da porre il giunto va scelta rispetto a considerazioni puramente pratiche.

Se si tratta di un moncone di arto inferiore, va rispettata prima di tutto la sua gravabilità, perciò i giunti non saranno mai terminali rispetto al moncone; nell'arto superiore il requisito della gravabilità non esiste, perciò abbiamo maggiore libertà.

Se il giunto può esser fatto su tendini, il punto più adatto è quello nel quale i tendini passano nella carne muscolare. Quivi essi hanno già raccolto tutta la forza del muscolo; facilmente possono essere ridotti a quella forma laminare che è utile a distribuire la pressione su una estesa superficie della guarnitura cutanea; hanno consistenza adatta a sostenere la sutura.

Non è necessario che il giunto sia fatto sullo stesso segmento di arto sul quale è avvenuta la mutilazione. Se questa ha lasciato un segmento molto corto, il giunto si può fare nel segmento immediatamente prossimale. Si troveranno in questo molto favorevoli condizioni sia rispetto alla forza muscolare, sia rispetto alla cute. Anche la mutilazione completa dell'arto superiore non è a mio parere circostanza tale da escludere la possibilità di una plastica cinematica sui muscoli estrinseci.

Per formare la guarnitura cutanea del giunto occorre sottrarre al rivestimento cutaneo del moncone una certa quantità di pelle. Se il moncone non ne possedesse abbastanza, prima di ricorrere all'accorciamento dello scheletro si deve tentare l'allungamento della cute per mezzo della trazione con cerotti e con pesi. La trazione esercitata per alcuni giorni dà effetti considerevoli, ed è giovevole anche per il fatto che, mentre il manicotto cutaneo si allunga, il pannicolo adiposo si assottiglia e permette che la pelle diventi più pieghevole.

Per aumentare la pieghevolezza della pelle, specialmente nei soggetti grassi, è bene abituare la parte che dovrà fornire il canale ad assumere quella posizione che le sarà poi assegnata definitivamente. Per ottenere questo scopo, nel tratto stabilito per la formazione dell'istmo si applica una bacchetta di vetro e al di sopra e al di sotto si formano due pieghe cutanee che la nascondano. La posizione delle pieghe viene fissata con cerotti e mantenuta per alcuni giorni. Questo piccolo artificio darà risultati non trascurabili, che a me paiono equivalenti alle *verberazioni* nel trattamento preliminare alle plastiche col metodo indiano. Anche esse potranno essere utilmente impiegate.

La riuscita dell'intervento dipenderà in gran parte dal suo decorso asettico. Sarà dunque importante, anche per questo riguardo, una esatta preparazione della pelle. Io preferisco trattare la pelle, dopo tonsura accurata ed estesa, con una soluzione forte di cloruro di calce secondo un processo che, per mia esperienza, ha efficacia antisettica, non irrita la pelle, la deterge e la spoglia degli strati cornei più superficiali. Per queste ragioni mi pare molto raccomandabile in tutte le plastiche e — sia detto incidentalmente — nei trapianti epidermici.

La sutura dell'istmo per formare il canale cutaneo richiede grande cura nell'affrontamento dei margini. L'impiego di un materiale di sutura molto sottile mi sembra necessario. Preferisco la sutura intradermica con seta n. 0 o n. 00. Dopo il primo piano di sutura, alcuni piccolissimi punti aumenteranno la superficie di affrontamento tra il tessuto sottocutaneo rimasto aderente ai margini ritorti dell'istmo.

Affinchè la nutrizione non ne resti compromessa, l'istmo non verrà per alcuna ragione scollato dall'aponeurosi. Due incisioni parallele a quelle cutanee verranno fatte nell'aponeurosi e, attraverso di esse, si opererà la congiunzione delle potenze muscolari alla guarnitura cutanea. Se questa corresse rischio di restar compressa, si dovrebbe crearle spazio a spese dei muscoli, dei quali una parte potrebbe venir escissa.

I casi che possono presentarsi sono i seguenti:

a) Il moncone possiede più muscoli. Allora alcuni saranno più utilizzabili, altri meno. In genere i muscoli dei piani profondi sono i più brevi e hanno l'inserzione prossimale più vicina all'estremo del moncone che non quelli dei piani superficiali. Perciò i monconi muscolari profondi daranno escursioni limitate

e poco utili; la loro escissione non recherà danno sensibile all'energia del moncone. Si potranno anche escidere quei muscoli nei quali l'amputazione sia caduta sopra al punto di ingresso dei nervi motori o che perciò saranno inerti. L'escissione verrà praticata attraverso l'incisione aponeurotica distale opportunamente divaricata e verrà estesa fino a ottenere il voluto assottigliamento.

In tal modo le connessioni dell'aponeurosi coi muscoli immediatamente sottostanti non vengono toccate.

Se il moncone, pur possedendo più muscoli, li avesse tutti in un solo piano e tutti utilizzabili, si innesteranno al di sopra del giunto, tutti i ventri muscolari su alcuni; si otterrà poi l'assottigliamento escidendo tutte quelle porzioni di muscoli che, dopo la formazione dei vettori, non sono più necessarie.

Se il moncone, nel tratto del giunto, possedesse dei tendini, invece che dei ventri muscolari, l'assottigliamento potrebbe ancora esser necessario. Prima di far l'escissione di alcuni di essi, occorrerebbe anche in questo caso divaricare l'incisione aponeurotica prossimale e innestare ai tendini da conservare i muscoli dei tendini da escidere. Poichè in genere i tendini non hanno connessioni con le aponeurosi, non corriamo rischio di diminuire l'irrorazione sanguigna dell'istmo.

Per fare la congiunzione dei muscoli intorno alla guarnitura cutanea basterà che ne prendiamo uno e, dopo averlo fatto passare attraverso l'incisione aponeurotica prossimale, lo portiamo sopra all'istmo e infine, attraverso l'incisione aponeurotica distale, lo cuciamo ai muscoli restati sotto e opportunamente mobilizzati.

Il muscolo da spostare sarà scelto tra quelli che hanno una situazione laterale rispetto all'istmo per la ragione che i suoi rapporti con l'aponeurosi verranno interrotti in un tratto nel quale sono meno importanti per la nutrizione dell'istmo cutaneo.

b) Il moncone possiede un solo muscolo. In questo caso tanto l'assottigliamento quanto la congiunzione vanno operati a spese del muscolo disponibile. I due atti possono essere compiuti come nei casi precedenti se, operando attraverso incisioni aponeurotiche, il muscolo viene prima diviso in 2 gruppi di fasci dei quali uno viene spostato. Se il muscolo è stato diviso in un fascio mediale e in uno laterale, la metà delle connessioni tra i muscoli e la faccia profonda dell'aponeurosi, in corrispondenza dell'istmo, restano conservate. Se il muscolo è stato diviso in un fascio profondo e in uno superficiale, tutte le connessioni sottoaponeurotiche dell'istmo vanno perdute. L'esperienza dirà se ciò possa racchiudere pericoli.

Tutte le connessioni possono esser conservate se si procede nel seguente modo. Le due incisioni che delimitano la striscia cutanea vengono approfondate fino all'aponeurosi e, oltre questa, interessano i due terzi circa della massa muscolare. Agendo prima attraverso l'una e poi attraverso l'altra incisione, volta a volta opportunamente divaricate, si può asportare in corrispondenza dell'istmo un tratto della sostanza muscolare profonda sufficiente a creare il voluto assottigliamento, senza privare la faccia profonda dell'aponeurosi delle sue connessioni con i muscoli. Questi alla loro volta conservano le connessioni nutritizie con le porzioni laterali del muscolo restate intatte. Allora l'istmo cutaneo viene affondato e al di sopra vengon ricuciti i margini delle incisioni muscolari. In tal caso il giunto dovrebbe esser fatto vicino, ma non all'estremo del muscolo.

Allacciati i muscoli intorno alla guarnitura cutanea, il giunto è completo e i margini delle ferite restate sulla cute, dopo l'affondamento dell'istmo, vengono riuniti.

Tra le cure postoperatorie mi pare importante lasciare l'arto elevato e in atteggiamento di flessione se il giunto è flessorio, di estensione se il giunto è estensorio. Se sono stati fatti contemporaneamente due giunti, l'atteggiamento sarà intermedio.

Mi pare infine importante sorvegliare spesso lo stato delle ferite e poter diminuire la tensione dei tessuti, se apparisse necessario farlo. Ciò è facile se, entro il canale cutaneo, si lascia un fascio di fili di seta o di cotone che verranno perciò situati prima della sutura dell'istmo. Essi manterranno beante il lume del canale, alla forma e alla direzione del quale la loro materia si adatterà senza esercitare compressioni e senza stirare la sutura. Nei giorni successivi, se vi fosse bisogno di diminuir la tensione, alcuni potrebbero essere estratti. Volendo semplicemente cambiare i fili, che faranno anche da materiale di medicatura, quelli nuovi si legheranno a un estremo di quelli vecchi e, tirando sull'altro estremo, la sostituzione sarà agevole.

I movimenti muscolari attivi non verranno concessi che a guarigione operatoria compiuta.

B... A..., soldato fanteria, ferito il 30 giugno 1918 da scoppio di mina. La mano destra è rimasta asportata quasi completamente. Le-

sioni delle parti molli al polso e all'estremo inferiore dell'avambraccio destro.

30 giugno. Amputazione circolare dell'avambraccio destro all'unione del 3° inferiore col 3° medio. Sutura dei tendini dorsali ai tendini ventrali. Sutura completa della pelle. Guarigione di 1ª intenzione. — 10 agosto. Moncone completamente cicatrizzato, non dolente alla pressione. Sull'apice del moncone aderenza della cicatrice cutanea a quella tendinea. Le contrazioni dei flessori e degli estensori della mano determinano un sensibile irrigidimento dei ventri muscolari e uno spostamento della cicatrice terminale esteso 2-3 mm. La pelle dell'avambraccio può essere sollevata in pliche come quella di un avambraccio normale.

Cloronarcosi. Due incisioni rettilinee dirette trasversalmente, estese 5 cm., distanti una dall'altra cm. 2.5, vengono praticate nella faccia ventrale del moncone a circa 4 cm. dall'estremo del moncone. Le incisioni interessano la cute, il sottocutaneo e l'aponeurosi. Le incisioni aponeurotiche sono meno estese di quelle cutanee. I margini dell'istmo cutaneo così delimitato, cominciando e terminando a circa 1 cm. dagli estremi laterali, vengono cuciti uno all'altro con sutura intradermica in seta. Resta formato un canale entro il quale, prima della sutura era stato situato un fascio di fili di grossa seta.

Divaricata l'incisione distale, si isola il tendine del m. grande palmare e del lungo flessore dell'indice, che vengono seguiti fino alla cicatrice del moncone dalla quale si separano. In corrispondenza dell'istmo vengono separati dalle connessioni sotto-aponeurotiche e, attraverso l'incisione prossimale, vengono fatti passare avanti al canale cutaneo. La porzione periferica del flessore dell'indice viene recisa e il moncone centrale viene inserito sul tendine del m. grande palmare. L'estremo di questo, dopo aver mobilizzato e distaccato dalla cicatrice i monconi degli altri flessori, viene cucito ad essi attraverso l'incisione aponeurotica distale. I margini cutanei soprastante e sottostante all'istmo vengono riuniti tra loro.

Decorso post-operatorio regolare. Guarigione di 1ª intenzione.



Al 10° giorno si sostituisce nel canale cutaneo il fascio di fili con una bacchetta rigida e si cominciano gli esercizi cinematici.

G... E..., sergente fanteria, ferito il 24 giugno 1918 da scheggia di granata. Frattura comminuta dell'omero destro nel 3° medio. Lesione dell'a. omerale, dell'a. omerale profonda, dei n. radiale e mediano. Regolarizzazione della ferita, escissione dei tessuti contusi, estrazione di scheggie. Sutura dei nervi recisi e legatura dei vasi lesi. Sutura parziale. Nei giorni seguenti si manifesta gangrena dell'arto fino alla sede della lesione. — 27 giugno. Amputazione circolare nel 3° superiore. Al di sopra della linea di sezione delle parti molli, nella parte interna, resta un'incisione lunga circa 5 cm. dovuta al precedente intervento. Tamponamento.

Decorso apirettico dopo l'amputazione. Nei primi giorni eliminazione di tessuti necrotici, poi suppurazione, infine decorso regolare della piaga.

10 agosto. Moncone quasi completamente guarito. Sull'apice del moncone resta una piaga lunga cm. 4, larga cm. 1, di buon aspetto.

Non si riesce a provocare contrazioni sensibili nei monconi dei muscoli tricipite e bicipite, i quali sono atrofici. Lieve atrofia del m. deltoide. M. grande pettorale ben sviluppato, capace di produrre energiche contrazioni.

Cloronarcosi. Due incisioni lunghe cm. 5, distanti una dall'altra 2 cm., in corrispondenza della piega tra regione pettorale e braccio, profonde fino all'aponeurosi. Attraverso l'incisione inferiore, seguendo il margine del muscolo pettorale, si giunge sull'omero e da questo se ne recide il tendine. Poi nello spessore del capo interno del m. bicipite si scolpisce un lembo a base superiore, lungo circa 3 cm. Sutura a canale dell'istmo di tegumenti. L'estremo distale del m. pettorale si fa passare avanti al canale e lo si cuce al lembo preparato dal m. bicipite. Infine la pelle viene ricucita completamente.

Il distacco del tendine del m. pettorale dall'omero ha portato ad operare nelle immediate vicinanze della cicatrice e della piaga non ancora guarita. Nei giorni successivi si ha elevazione termica e formazione di un ascesso situato, perifericamente alla plastica, in corrispondenza del tratto nel quale si era isolato il tendine del m. pettorale. L'ascesso viene inciso e dopo ciò il decorso post-operatorio è divenuto completamente regolare.

Malgrado il processo suppurativo che si è svolto nelle immediate vicinanze della plastica, questa non ne ha sensibilmente sofferto. L'istmo cutaneo è rimasto vitale e la sutura del canale solo per alcuni giorni ha dato una limitatissima secrezione.

L'incidente però ha imposto un ritardo negli esercizi cinematici.

Le due storie cliniche brevemente riassunte non sono state riferite per illustrare casi di cinematizzazione completamente riuscita. Quantunque nel primo caso si sia già avuto qualche risultato non del tutto trascurabile, un giudizio definitivo sarebbe ancora prematuro. Perciò deliberatamente non mi occupo del rendimento in lavoro. Rispetto ad esso, quanto è stato osservato ha messo in evidenza pregi e difetti dei quali solo l'ulteriore esperienza potrà far accertare le condizioni determinanti.

La ragione che mi ha spinto a far questa

breve nota è che nei 2 casi finora operati si è potuto formare, secondo il piano prestabilito, un canale cutaneo che serve di guarnitura vitale a un organo di congiunzione con gli apparecchi meccanici ai quali trasmette l'energia dei muscoli che vi sono stati inseriti. La cute impiegata è stata poca e dalla prova risulta che la sua vitalità non è stata in alcun modo compromessa; così che almeno il problema della plastica cutanea mi sembra risolto. I problemi che tuttora possono presentarsi mi sembrano ora come semplificati, poichè, dato il problema originale posto da Vanghetti di trasmettere all'esterno l'energia dei muscoli restati nei monconi, possediamo un'inserzione mobile dalla quale raccoglierla. Il problema perciò si riduce a qualche cosa di simile a quello dei trapianti tendinei o muscolari.

I criteri informatori e i particolari di questo tentativo di plastica cinematica erano stati esposti al prof. Alessandri fin dal giugno e, in sua presenza, erano state eseguite delle prove su cadavere. Essendo queste riuscite persuasive, fu stabilito di eseguire il piano operatorio che ora, dopo la sanzione pratica, viene comunicato.

Tanto lo studio preliminare come le operazioni furono eseguiti senza conoscere che il Pellegrini, tra diversi metodi proposti, ne indica uno (*Arch. med. Belges*, 1918, pag. 675) molto simile a quello attuato da me.

Tanto il Pellegrini quanto io siamo stati mossi dal desiderio di rendere più sicuro l'esito di quel tipo di plastica alla quale Sauerbruch ha dato reputazione. Il lembo usato da Sauerbruch per formare il canale cutaneo poteva sembrare poco vitale: esso era nutrito da un solo peduncolo. Il Pellegrini e io glie ne abbiamo dati due. Il Pellegrini non sconsiglia di scollare il sottocutaneo dall'aponeurosi e gli è indifferente formare il lembo con incisioni arcuate o rettilinee, formare un solo lembo a ponte o due piccoli lembi eguali che, congiunti per l'estremo libero, formano un ponte.

Ciò che io avevo stabilito e ho eseguito è alquanto diverso. Il sottocutaneo non viene scollato dall'aponeurosi e le connessioni sottoaponeurotiche, per quanto è possibile, vengono rispettate. Lieve differenza. Ma poichè molto frequentemente le plastiche cinematiche sono finite con la gangrena dei lembi cutanei, ho posto ogni studio nell'evitare ogni cagione di gangrena nella plastica: torsioni, stiramenti, compressioni e sottrazione delle sorgenti nutritizie profonde. Queste non mi sembrano trascurabili. Infatti, se con un taglio circolare od ovoidale o rettangolare profondo fino all'aponeurosi, circoscriviamo un'isola di pelle, questa resta vitale. Le connessioni profonde dunque bastano da sole a nutrir la pelle; sarà perciò utile conservarle.

Come il processo di plastica cutanea secondo Sauerbruch deriva da quello di Rochet per l'uretra (Pellegrini), quello eseguito da me e, a mia insaputa, proposto qualche tempo prima dal Pellegrini deriva dal ben noto processo di Duplay per l'epispadia.

Non ho dunque alcuna ragione di prendere appiglio per pretese di originalità nè annetto importanza alla priorità in applicazioni di questo genere. Mi è parso importante solo indicare, anche nei particolari, il complesso degli artifici tecnici che alla prova abbiano dato qualche successo.

N. B. — Durante la pubblicazione di questa nota un terzo caso è stato operato dal prof. Alessandri con lo stesso processo, in un amputato di avambraccio, colla formazione di due giunti, uno flessorio ed uno estensorio.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

L'irrigatore porta-spugna.

Nuovo mezzo di cura dell'uretrite cronica

pel dott. G. B. FAZZARI.

Le gravi difficoltà che s'incontrano nella cura dell'uretrite cronica si devono alle speciali condizioni anatomo-patologiche del canale uretrale.

È noto infatti per le osservazioni di Neelsen, Finger, Wassermann ed Hallè, che nei casi molto inveterati di uretrite l'epitelio del canale uretrale si è trasformato da cilindrico in pavimentoso, è indurito, cheratinizzato, mentre i gonococchi sono annidati nel tessunto sub-epiteliale, tra le pliche della mucosa nei *foramina* e *foraminula* e spesso nelle glandole.

È evidente la difficoltà d'attaccare quivi la causa del morbo con i comuni mezzi che non consentono un trattamento abbastanza diretto e prolungato.

Partendo da questo concetto il Motz di Parigi preconizzava nel 1903 il metodo che consisteva nel riempire interamente l'uretra d'un liquido modificatore e antisettico, di preferenza l'ossicianuro di mercurio all'1 per duemila, che egli tratteneva da una a tre ore, occludendo il meato uretrale con cotone idrofilo assicurato da legatura attorno al glande.

È perciò ancora che il Tommasoli sente la necessità d'ideare il suo iniettore metallico, ed

altri ricorrono alle candelette medicate, ed altri ancora all'impiego dei gas antisettici, come l'anidride solforosa, preconizzata recentemente dal prof. V. Montesano, per la loro proprietà di espandersi fra le pliche della mucosa e negli sbocchi glandolari.

Partendo dallo stesso concetto io ideai da varî anni e adoperai con profitto nella mia clinica privata uno strumento che permette di portare il rimedio ad immediato contatto della parete uretrale affetta e di trattenerlo per tempo quanto si voglia lungo.

Eccone la descrizione:

Somigliante ad un catetere metallico, presenta un estremo curvo (fig. A-1) ed una parte

za di 4 centimetri, 6 piccoli fori comunicanti col canale centrale. È qui che si trova situato un cilindretto di spugna finissima (fig. B-5), lungo 4 centimetri e grosso il doppio dello strumento, trattenuto *in sito* da due nodi di seta passanti pei forellini estremi.

L'*irrigatore porta-spugna* si adopera nel modo seguente:

Da un pezzo di spugna di qualità molto fine, sterilizzata e tuttora morbida, si taglia un cilindretto delle dimensioni anzidette, che perforato nell'asse longitudinale, s'infila per la estremità anteriore della cannula, diminuita dall'estremo imbutiforme, e si assicura coi nodi di seta. Si situano poscia i semi-canali, in

IRRIGATORE PORTA-SPUGNA

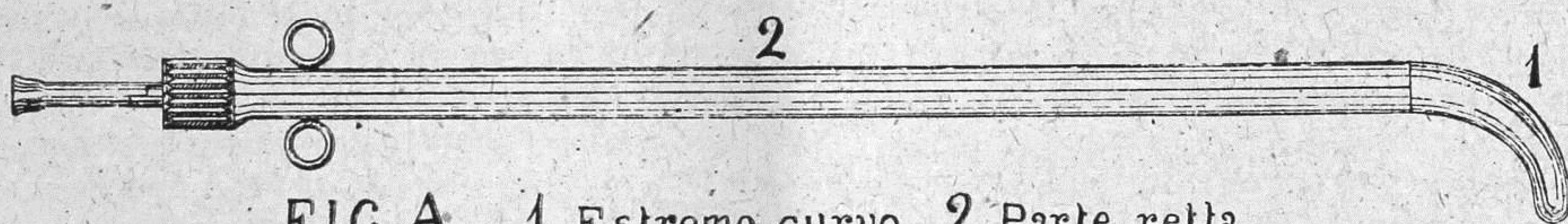


FIG. A — 1. Estremo curvo — 2. Parte retta —

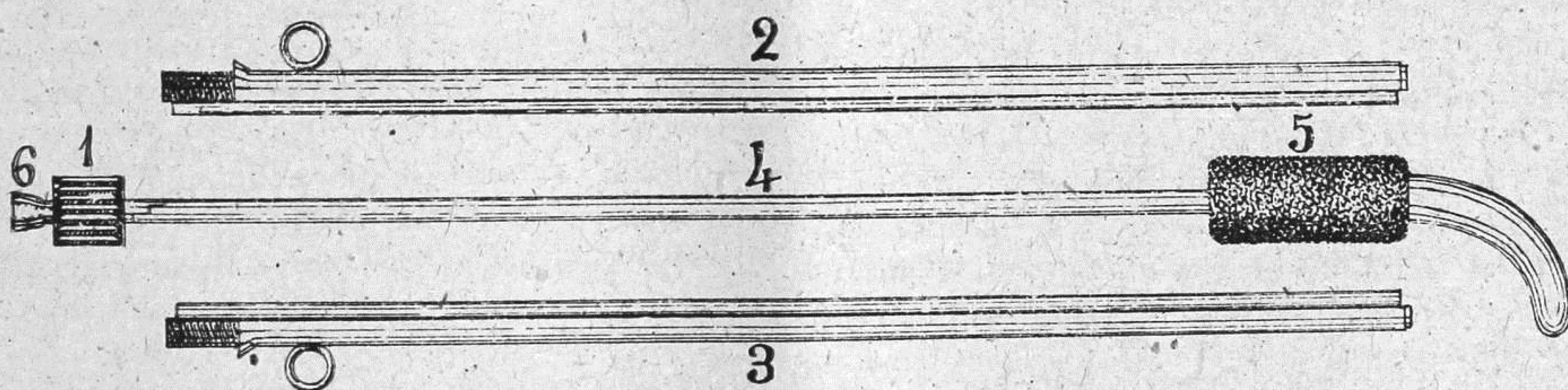


FIG. B — 1. Anello — 2 e 3. Semicanali — 4. Cannula — 5. Spugna — 6. Estremità imbutiforme della cannula —

retta lunga 22 centimetri (fig. A-2). Il diametro varia dal n. 20 al 24 Charriere.

La parte retta, svitando un anello (fig. B-1), sito a due centimetri dall'estremo anteriore dell'istrumento, si scompone in due semicanali (fig. B-2 e 3) che sono trattenuti dall'anello anzidetto, e dalla loro estremità posteriore, alquanto assottigliata ed introdotta in un lieve solco del margine leggermente smusso dell'estremo curvo, ed in una cannula (fig. B-4), la cui estremità anteriore è smontabile, e termina con una dilatazione imbutiforme. Questa cannula, che ha un diametro per metà quello della parte curva, in vicinanza di essa presenta intorno alla sua parete, e per la lunghez-

modo che dei lembi di spugna non sporgano tra i loro margini. Così montato lo strumento, si sterilizza nell'acqua bollente, e poscia, untone l'estremo posteriore con uno dei soliti unguenti adoperati per le sonde metalliche, s'introduce, come un comune catetere metallico, nell'uretra precedentemente irrigata con una soluzione di permanganato di potassa all'1 per duemila. Penetrato lo strumento in vescica, si svita l'anello, e, mentre con una mano si tirano uno dopo l'altro i semi-canali, con l'altra si trattiene in sito il resto dello strumento.

Non resta che iniettare la sostanza medicamentosa nel canale dell'irrigatore, che rimane nell'uretra da una a tre ore, a seconda della

tolleranza dell'ammalato e dell'esigenza del caso.

I rimedî da adoperarsi con l'irrigatore porta-spugna possono essere tutti quelli delle ordinarie irrigazioni e medicature uretrali.

Io mi avvalsi tanto del protargolo all'1-2 %, che dell'ossicianuro di mercurio all'1 per duemila e degli unguenti medicati.

Ritengo si possano adoperare con profitto anche i liquidi emananti gas; questo dalla spugna s'insinua più facilmente fra le pliche e nei dotti glandolari.

Le medicature si ripetono ogni 3-4 giorni o a periodi più lunghi, a seconda della tolleranza dell'ammalato, ricambiando la spugna per ognuna di esse.

Le manovre del trattamento, benchè meno dolci delle semplici irrigazioni e dell'applicazione delle candelette medicate e dgl'iniettori, sono generalmente ben tollerate dagli ammalati. Il bruciore e talora un po' di tenesmo sono limitati alla minzione successiva alla medicatura.

Dei casi da me trattati con questo mezzo, in tutto 22, ebbi a notare due soli insuccessi, dovuti ad incostanza degli ammalati, che abbandonarono precocemente la cura.

Le applicazioni non superarono il numero di 15-20; in alcuni casi bastarono 4-5.

I vantaggi che realizza l'irrigatore porta-spugna, sono, adunque, i seguenti:

1° porta il rimedio ad immediato contatto della parete uretrale affetta, che dilata per mezzo della spugna imbevuta di medicamento;

2° trattiene per tempo quanto si voglia lungo un ambiente modificatore ed antisettico nel tratto dell'uretra da curare;

3° la spugna, attraversando l'uretra da dietro in avanti, vi pratica ancora un benefico massaggio della mucosa, e spreme gli otricoli glandolari del loro contenuto spesso infetto.

Mi auguro che l'esperienza di chi, meglio di me, vorrà adoperare l'istrumento in un numero esteso di casi, riconoscerà i vantaggi d'un metodo che per lo meno riduce di molto il numero degli insuccessi nella cura d'una malattia di notevole importanza per la famiglia e per la Patria, a cui detrimento si devono ascrivere tutti quei fattori che riducono anche di poco le file degli uomini perfettamente validi.

Antonimina (Reggio Cal.), marzo 1918.

BIBLIOGRAFIA.

(1) P. TOMMASOLI. *Trattato di patologia e terapia medica Contani e Maragliano*, vol. I, parte III, pag. 138.

(2) FILIPPO CUTURI (Lezione del prof. MOTZ). Policlinico, Sezione pratica, anno 1903, pagina 629.

(3) Prof. V. MONTESANO. Policlinico, Sezione pratica, anno 1915, pag. 1150.

(4) Prof. V. MONTESANO. Policlinico, Sezione pratica, anno 1918, pag. 639.

SUNTI E RASSEGNE.

PEDIATRIA.

I medicamenti nei bambini.

(HERMAN B. SHEFFIELD. *Medical Record*, 22 giugno 1918).

Nella pratica della medicina, al contrario della chirurgia, ogni medico passa per tre stadî psicologici diversi. All'inizio della carriera, animato da un vero entusiasmo per l'infallibilità dei medicamenti, di cui si è convinto per le dimostrazioni del professore di materia medica, egli è persuaso di poter vincere ogni fase della malattia ed attende ansiosamente il momento di dimostrare la sua abilità e di raccoglierne i beneficî. Ma incomincia poi a sospettare che gli effetti raggiunti siano dovuti invece realmente ad eventi naturali od accidentali, basati spesso sopra erronee premesse, sopra false diagnosi.

Succede quindi all'iperottimismo, un iperpessimismo, che conduce molti dei medici, resi così scettici, nel campo della chirurgia. Altri, pure continuando nella pratica medica, sono sempre fluttuanti nell'onda del dubbio, prescrivono tutt'al più delle medicine ad uso di panacee, oppure solo per accontentare il cliente, o cadono nella pania delle specialità eleganti, o diventano fautori dell'ultima scoperta, sempre però meccanici scrittori di ricette consunte.

Per fortuna, una buona parte di noi non è così fuorviata dal retto sentiero del dovere e continua a prodigarsi agli ammalati, tentando di perfezionare la propria coltura con i progressi della medicina, pienamente consci delle limitazioni della scienza medica, ma confidanti altresì nella propria capacità di alleviare le sofferenze, di prevenire le malattie, di prolungare la vita.

L'A. scampato alle vicissitudini che oscurano l'orizzonte del giovane medico, ritiene utile dare alcuni consigli per la scelta dei medicamenti più efficaci da propinare ai bambini. Di solito negli adulti in un modo o nell'altro si riesce a rendere almeno accettabili le me-

dicine disgustose; il bambino invece è costretto ad ingoiarle senz'altro; più resiste, anzi, peggio è, poichè viene assoggettato ad ogni sorta di costrizione ed anche a pene corporali, talvolta tutt'altro che lievi. Non è raro, di fatto, trovare dei piccoli bambini ammalati di cuore o di polmoni, in uno stato quasi di soffocazione per la prolungata compressione delle narici, oppure con il naso o le gengive sanguinanti e magari un dente strappato, nella lotta con la madre troppo zelante, che gli vuole a forza fare ingoiare un decotto qualsiasi, prescritto forse tanto per ordinare qualche cosa. Non vi è alcuna scusa per una simile crudeltà, tanto più che oggi la maggior parte dei medicamenti può essere prescritta in forma concentrata e bene accetta.

Eupeptici. — Occupano generalmente poco posto nella pratica pediatrica. Occasionalmente è indicata la pancreatina per la digestione degli amilacei, o in polvere con bicarbonato di sodio, o come diastasi con o senza piccole quantità di latte di magnesia. Quest'ultima combinazione, mescolata con glicerina ed acqua di finocchio può essere utile nella colica.

Tonici. — Gli amari puri sono di un'azione insignificante; l'A. ritiene che la tintura di genziana, di quassia ed anche di china, agiscano per l'alcool che contengono. Il loro uso non è raccomandabile nei bambini, nei quali eventualmente si può invece ricorrere a piccole dosi di noce vomica.

Fra gli amari aromatici, l'unico degno di menzione è l'eucaliptol, che, a dosi di una o due goccie ben mescolato con miele, glicerina e mucillaggine, è utile nell'asma spasmodico e nella laringite, come pure, nelle stesse affezioni, per inalazioni con composti di benzoino.

Il chinino viene erroneamente messo fra gli amari; oltrechè nella malaria, esso è rimedio sovrano nella pertosse (6-12 cg. ogni 2-4 ore), nella pneumonite con risoluzione ritardata, nell'influenza irregolare o cronica. Nei bambini si urta però contro la grande difficoltà del sapore: i clisteri, utili in ospedale, non sono altrettanto efficaci nella pratica privata. Il bisolfato, disciolto in acqua può venir reso accettabile con l'aggiunta di estratto di liquirizia e di sciroppo d'acacia; per i più grandicelli vanno bene i cioccolatini. Nei casi gravi di malaria si può ricorrere alle iniezioni.

Quanto alle preparazioni di ferro, l'A. prescrive solamente la tintura di cloruro di ferro, il permanganato di ferro, lo sciroppo di joduro di ferro, ed il solfato secco. Il ferro è sempre utile nei bambini specialmente in quelli alimentati con solo latte, che è assai povero di ferro: la soluzione di permanganato di ferro è assai utile in tali casi, come pure nelle anemie semplici infantili. La tintura di cloruro di ferro a dose di una-due goccie, con tintura di mirra, glicerina e clorato di potassio è utile nelle affezioni tonsillari, in quanto che tale miscela aderisce bene alle tonsille e dispensa da gargarismi e da applicazioni locali. Lo sciroppo di joduro di ferro è un tonico emopoietico ideale specialmente nelle anemie secondarie che complicano le malattie infettive, la rachitide, gli ingrossamenti ghiandolari. Esso, specialmente se associato all'olio di merluzzo, agisce quasi come specifico nelle così dette affezioni scrofolose, e nelle vegetazioni adenoidi può talora sostituire l'uso degli strumenti, molto consigliabile anche come cura postoperatoria. Per evitare il cattivo effetto sui denti è consigliabile anche di somministrare il ferro in forma di polvere, mescolato con zucchero.

Difficile è sempre il problema di trovare una preparazione di fosforo gradevole, quindi l'uso nei bambini ne è limitato; nella rachitide è utile lo sciroppo di ipofosfiti di calcio e di sodio, associati o non con lo sciroppo di joduro di ferro e l'olio di merluzzo.

Acidi minerali. — L'acido cloridrico diluito è utile nell'anacidità, in molte febbri prolungate (tifoide, tubercolosi), nell'anoressia (associato con pepsina e con noce vomica), nei così detti attacchi biliari (associato all'acido nitrico, a dosi di cinque goccie molto diluite) caratterizzati da vomito ricorrente, cefalea ed itterizia catarrale. Lo sciroppo di acido jodidrico è assai utile nelle affezioni croniche bronchiali, nella pneumonite prolungata e nell'asma.

Alteranti. — L'arsenico si usa quasi solamente per la corea (non però nella forma reumatica od infettiva) e per le malattie croniche del sangue (associato col ferro, come arseniato di ferro a dosi di mg. 12-cg. 6). Nel tipo neurotico di corea si può dare in forma di sciroppo del Fowler, tenendo presente la possibilità di irritazione renale.

Per la somministrazione degli joduri si preferisce lo sciroppo di joduro di ferro o l'acido jodidrico agli joduri di potassio o di sodio eccetto che nel caso di sifilide, essi possono rendersi gradevoli con acqua di menta o di fiori d'arancio e sciroppo o con estratto di salsapariglia.

Il mercurio nella sifilide va dato per frizioni ed internamente come protojoduro: 30-60 cg. di unguento mercuriale alla lanolina al 50 % per frizioni una volta al giorno e circa 65 mg. di protojoduro di mercurio tre volte al giorno da-

ranno buoni risultati. All'inizio è bene somministrare dell'elisir paregorico per evitare la irritazione intestinale.

Antipiretici ed antireumatici. — L'acqua, sia all'interno che all'esterno, è il migliore degli antipiretici; nel caso di febbri di breve durata (indigestione, tonsillite e simili) rispondono bene le spugnature e gli impacchi freddi; quando, invece, la febbre è continua ed ostinata, sono indicati i bagni caldi. Nei bambini molto nervosi si potranno dare fenacetina, antipirina, ecc., a piccole dosi, che sono innocenti e vengono rese gradevoli se sciolte in sciroppo di acacia od in acqua di finocchio. Una dose moderata di questi medicamenti può arrestare bene un attacco convulsivo, mentre piccole dosi specialmente di piramidone fanno cessare spesso dei movimenti coreici, ribelli ad altri trattamenti.

L'effetto specifico dei salicilati nelle affezioni reumatiche è troppo noto; essi vengono tollerati a dosi relativamente più grandi che nell'adulto, e non hanno effetti depressivi se vengono somministrati con benzoato di sodio e caffeina o strofanto. L'A. ha osservato altresì un'azione abortiva del salicilato di sodio sulla poliomielite; esso sarebbe anche più attivo del siero.

Ipnotici, anodini ed antispasmodici. — Vanno somministrati con grande cautela per i pericoli che presentano nell'infanzia. L'A. cita il caso di un neonato da lui visitato, che sembrava affetto da atelettasia polmonare, in stato di profondo stupore, con le pupille miotiche, 10-12 respiri, e 40-50 pulsazioni, appena percettibili, per minuto; il medico curante riferì che gli aveva somministrato, per un raffreddore con tosse, una pozione contenente 3/10 di cmc. di elisir paregorico ogni dose da somministrarsi ogni due ore. Si trattava evidentemente di avvelenamento da oppio. La dose sicura di elisir paregorico è di una goccia per ogni anno di età e per la tintura di oppio un decimo di dose.

Nelle affezioni intestinali, gli oppiacei si prescrivono sotto forma di polvere del Dover (6 mg. per ogni anno di età). In casi in cui si desidera un'azione pronta, come, p. e., nel colera infantile con vomiti e diarrea, si ricorre alle iniezioni ipodermiche di morfina (un mg.) ed atropina (un decimo di mg.). Tali iniezioni sono altresì molto efficaci in casi di convulsioni uremiche (p. e. da nefrite postscarlattinosa) associate o non alla puntura lombare.

Nelle affezioni dell'apparato respiratorio è più indicata la codeina; questa, associata ai bromuri, è assai utile anche come ipnotico, meglio che i derivati del catrame.

L'uso degli antispasmodici è limitato nei bambini; un tempo si usava la belladonna nella pertosse; questa invece è assai utile nei comuni catarri delle vie respiratorie con profusa secrezione, nelle riniti dei poppanti. In unione con la codeina è assai efficace, in forma di suppositorî nella vescica irritabile, stranguria e tenesmo; nella disuria della cistite può sostituirvisi vantaggiosamente il solfato di iosciamina (otto centesimi di milligrammo per ogni anno di età, disciolto in sciroppo di altea ed acqua).

Stimolanti. — Sono quasi tutti di pessimo sapore, che va corretto con l'aggiunta di glicerina e di elisir digestivo composto. Stricnina e strofanto sono indicati in quasi tutte le malattie infettive e vanno somministrati a cominciare dai primi stadî. L'A. consiglia, p. e., nella pneumonite, di dare stricnina e carbonato di ammonio (o liquore anisato) nei primi tre giorni, stricnina e strofanto nei 2-3 giorni seguenti e digitale con stimolanti alcoolici agli ultimi giorni. In casi d'urgenza si può ricorrere alla caffeina ed all'adrenalina. Si devono tener pronti questi medicamenti, in modo che l'infermiera possa subito somministrarli durante una crisi. Tutto ciò val meglio del solito olio canforato, su cui l'A. ripone scarsa fiducia.

Nelle malattie cardiache occorre rammentare che, se la digitale è indispensabile nel caso di rottura di scompenso, è più o meno dannosa nelle malattie cardiache acute a compenso intatto, in cui basta una vescica di ghiaccio sui precordii, con piccole dosi di codeina e salicilati. Come sedativi cardiaci, si possono dare piccolissime dosi di morfina o derivati, od anche, secondo l'A., dei derivati del catrame, come p. e. il piramidone. L'aconito è una medicina pericolosa nelle mani degli inesperti; la vera indicazione di esso è nelle febbri steniche: però si deve considerare che nessun bambino può essere troppo vigoroso durante la malattia.

Emetici. — Non c'è gran necessità di mascherarne il gusto: è preferibile il vino di ipecacuana allo sciroppo; in casi di urgenza si può fare un'iniezione ipodermica di apomorfina (4-5 mg.). È da augurarsi che l'uso degli emetici ritorni in onore, essendo molto utili, p. e., nelle indigestioni acute. Le dosi moderate di ipecacuana riescono molto utili nella pertosse con parossismi di soffocazione.

Espettoranti. — La loro somministrazione richiede un certo criterio di scelta; è inutile, se non anche dannoso, prescrivere degli espet-

toranti stimolanti, come il carbonato d'ammonio, nella tosse stizzosa da irritazione nasofaringea, o laringea. In tal caso si deve fare una cura locale (instillazioni nasali di argirol a 2-5 %) e dare internamente carbonato di creosoto con codeina, ben mescolati con glicerina, mucillaggine ed acqua. Nella tosse della bronchite e polmonite con espettorato scarso aderente e tenace dà ottimi effetti un espettorante stimolante, con o senza vino di ipecacuana o sciroppo composto di scilla. Nelle bronchiti croniche e polmoniti lunghe a risolversi, si dà lo joduro d'ammonio (3-5 cg. per ogni anno di età ogni tre-quattro ore) o lo sciroppo di acido jodidrico, o di joduro di ferro. Gli joduri sono anche molto utili nelle tossi esaurienti delle malattie cardiache non compensate, combinati con digitale, ed eventualmente una piccolissima dose di morfina.

Diuretici e diaforetici. — L'acqua, in quantità abbondante, è il diuretico più efficace nelle affezioni vescicali; somministrata calda e raddolcita con zucchero è anche un buon diaforetico, preferibile ad altri che possono essere dannosi. L'acetato ed il citrato di potassio, lo spirito dolce di nitro servono bene come diaforetici e diuretici; il citrato di potassio, anzi, con l'esametilantitramina, sarebbe addirittura specifico per la pielocistite: ad ogni modo per quest'ultima sostanza occorre una certa cautela, potendo essa provocare ematuria. Il benzoato di sodio poi è ad un tempo diuretico, diaforetico ed espettorante.

I diuretici sono dannosi nelle nefriti acute in cui è necessaria una attiva diaforesi con impacchi e bagni caldi, associata con purganti. Nelle nefriti subacute e croniche, con tendenza all'idropisia, il migliore diuretico è il liquore di acetato di ferro ed ammonio, associato o non con digitale, strofanto, diuretina o teocina. Un'altra indicazione per la diuresi è la pleurite con versamento.

Lassativi e purganti. — L'uso della fenolftaleina, calomelano, ecc., è troppo noto per venire discusso: un consiglio dà l'A., di non prescrivere cioè il calomelano a dosi refratte: ogni bambino tollera bene cinque-sei cg. di calomelano e non v'è bisogno di annoiarlo con troppo frequenti somministrazioni. Il citrato di magnesia non è indicato nei casi di vomito, essendogli preferibile il latte di magnesia. I purganti e idragoghi da prescriversi nelle nefriti hanno un pessimo sapore: l'A. consiglia di mascherare quello dei sali di Epsom e di Rochelle aggiungendo alla soluzione satura un terzo di glicerina e qualche goccia di spirito d'ammonio: se ne dà un cucchiaio da tè ogni tanto. L'infuso di senna composto può essere utile, ma deve essere preparato di fresco.

Nel trattamento della costipazione cronica più che altro si baderà a regolare la dieta e le abitudini; nella maggior parte dei casi si potrà dare l'estratto di malto con olio di oliva; l'efficacia dell'olio di vaselina è stata esagerata, almeno per i bambini.

Astringenti intestinali. — Date le nostre attuali conoscenze sulle cause delle diarree estive, non è più tanto il caso di ricorrere ora alle preparazioni astringenti, di cui si faceva un tempo largo uso. Di esse l'A. consiglia il bismuto con la calce, preferendo il sottocarbonato al sottonitrato di bismuto; se ne prescrivono 50 cg.-1 gr. dopo ogni evacuazione. Nella colite ed affezioni similari si darà l'oppio con l'ipecacuana, rendendo gradevole la polvere del Dover con polvere aromatica. I preparati di tannino si daranno nelle affezioni croniche, in cui però val meglio la cura locale (irrigazioni giornaliere con nitrato d'argento a $^1/_4$-$^1/_3$ %) e la dieta. Nelle diarree per acidosi da indigestione di grassi è utile il bicarbonato di sodio per bocca e per via rettale.

Sedativi gastrici. — Sono di notevole importanza per impedire l'esaurimento delle forze del bambino: generalmente può bastare una buona dose di bicarbonato di sodio (1-3 gr.) in acqua, seguita da piccole quantità di sottocarbonato di bismuto e calomelano. Buoni risultati si ottengono anche con l'acqua di calce, di menta, di mandorle amare, con ghiaccio pesto, o con tintura di jodio (1/20 di goccia, diluito in acqua). In casi gravi, si ricorrerà all'iniezione ipodermica di morfina. In tutti i casi di vomito ostinato, però, si porrà attenzione all'appendice od al cervello.

Nel somministrare le medicine ai bambini è talora utile suddividere la dose in tante piccole, dandone magari goccia a goccia fino a che tutta la dose è stata somministrata.

L'A. conclude quindi con le seguenti regole generali:

1° Non si prescriva mai una medicina a meno che non si sia convinti della sua necessità; se si dà per compiacenza, si aggiungano dei correttivi che la rendono piacevole;

2° Non si prescriva una preparazione in grande quantità, quando ne è sufficiente una piccola dello stesso medicamento o di un altro ad azione analoga;

3° Non si prescriva mai un procedimento terapeutico doloroso od una miscela nauseabonda quando il piccolo paziente possa fare lo stesso — e forse anche meglio — senza tali procedimenti non necessarî.

A. FILIPPINI.

NEUROLOGIA.

Sui disturbi nervosi della vescica in guerra.

La guerra ha dato occasione di osservare disturbi urinari in una grande quantità e con tale varietà di manifestazione che nella pratica civile non c'era dato osservare. Generalmente la vita dei malati con questi disturbi è spesso compassionevole: essi sono dai loro compagni sfuggiti e derisi, spesso dai loro superiori puniti, ed il medico anche vede spesso in loro degli esseri mancanti di energia che potrebbero dominarsi ed essere più puliti solo se ne avessero ferma volontà. Il medico invece non dovrebbe essere guidato da preconcetti di fronte a questi infelici: egli deve studiare minutamente i precedenti, sottoporli ad un accurato esame, e spesso vedrebbe come dietro all'incontinenza si nascondono altre malattie di differente etiologia.

Müller (*Münchener medizinische Wochens.*, luglio 1918) su 120 malati con disturbi nervosi della vescica da lui studiati negli ultimi mesi ha trovato che il 30 % aveva incontinenza fin dalla fanciullezza. Questi malati con *enuresi infantile permanente* presentano deficienza psichica e fisica: espressione infantile, priva di intelligenza, lineamenti senza traccia di virilità; spesso nella famiglia vi sono fratelli e sorelle che soffrono di incontinenza; l'esame somatico dimostra segni evidenti di degenerazione. Durante il giorno la maggior parte di questi malati si mantengono puliti, però devono affrettarsi quando sentono il bisogno di urinare, altri però anche durante il giorno bagnano i loro vestiti.

Per questi malati affetti di *enuresi infantile permanente* è inutile ogni nutrizione asciutta, ogni trattamento farmaceutico, ed è anche inutile lo svegliarli cinque o sei volte nella notte per farli urinare: la mattina si trovano sempre in un letto bagnato.

Vi sono casi in cui si tratta di malati che hanno perduto l'urina tutte le notti fino a 10, 12, 14 anni, e poi sono guariti di questo disturbo, e nei quali durante la guerra, in seguito a forte freddo sofferto a causa delle notti passate all'aria aperta, si è ripresentata l'antica sofferenza (*enuresi infantile recidiva*). In questi soggetti l'esame somatico solo raramente mostra segni esterni degenerativi, i caratteri sessuali secondari sono bene sviluppati, dal punto di vista psichico si tratta per lo più di gente nervosa, di debole volontà.

Di fronte a questi casi di enuresi infantile, sia permanente che recidiva, vi sono però disturbi della vescica provenienti dalla guerra e che si osservano in soggetti che mai hanno sofferto di perdita di urina.

Questi malati tutti riportano la causa di questi disturbi al freddo: erano stati sempre sani, dopo il freddo sofferto hanno cominciato ad avvertire il bisogno di urinare ogni mezz'ora e perfino ogni quarto d'ora: è un bisogno impellente, deve essere subito soddisfatto; se ciò non è possibile, l'urina viene fuori da sè. Dopo un certo tempo i malati sono presi da questo disturbo anche la notte e durante il sonno l'urina viene fuori da sè, senza che se ne accorgano.

Se questa gente continua ad essere esposta al freddo avviene che anche durante il giorno perde l'urina senza che se ne accorga.

Studiando i precedenti di questi malati si vede che non si tratta di gente deficiente nè fisicamente nè intellettualmente. L'urina appare normale, la prostata è normale, nulla di notevole rivela l'esame cistoscopico.

La denominazione «*debolezza di vescica*» è giusta per i malati di cui ci occupiamo non essendo essi nella possibilità di trattenere volontariamente l'urina. In verità però non si tratta di debolezza, ma di una *ipertonia* con un'alta eccitabilità riflessa.

In una piccola percentuale di casi, fortunatamente molto piccola (due o tre per cento) non si riesce a guarire questi malati neppure con il riposo più assoluto e il caldo, e divengono incontinenti continuati sia di giorno che di notte.

Senza dubbio nell'etiologia dei disturbi di guerra della vescica l'influenza del freddo è di grande importanza. Questi disturbi, infatti, si presentano raramente nell'estate. Anche i malati affetti da enuresi infantile intermittente durante l'estate generalmente non perdono l'urina: è all'avvicinarsi della stagione fredda che ricomincia il loro disturbo.

In alcuni casi l'incontinenza orinaria si sviluppa durante o subito dopo malattie da infezione. Oltre il freddo e le malattie infettive, bisogna considerare nell'etiologia di questi disturbi anche i gravi traumi psichici. Vi sono casi in cui disturbi urinari si sono sviluppati dopo che i malati erano stati sottoposti a momenti di grande paura, di vivaci emozioni in seguito alla vita di guerra.

Fra questi malati la simulazione è molto meno di quanto si presume: vi sono però i casi in cui i malati, sebbene guariti, seguitano la loro abitudine per sottrarsi il più lungamente possibile agli strapazzi e ai pericoli della guerra. Vi sono però casi in cui questi disturbi com-

paiono in seguito a cadute, traumi, commozione cerebrale e spinale.

Il trattamento di questi disturbi nervosi della vescica e il giudizio sulla loro curabilità dipende secondo la causa e il grado dei disturbi. Sono inguaribili tutti i casi di disturbi di vescica che durano dall'infanzia. Mediante riposo a letto, caldo, compresse calde sulla regione pubica, bagni caldissimi, lavande vescicali calde, si possono guarire i disturbi provenienti da raffreddamento: qualora i malati non si siano trascurati troppo a lungo ordinariamente guariscono presto. Occorre anche una alimentazione asciutta con restrizione di liquidi. Vi è però tendenza a ricadute e a volte, pur essendo stati rilasciati guariti, ricadono, o con il ricominciare del freddo o se esposti a lavorare al freddo, sia pure un giorno. La somministrazione di preparati di oppiacei o di bromuro non dà buoni risultati e così pure Müller non ha avuto buoni risultati, con le iniezioni di Cathelin nel canale sacrale. Riesce utile l'atropina in dose di uno o due mgr. per *os*.

Anche i disturbi della vescica che dipendono da malattie infettive o da traumi psichici guariscono mediante assoluto riposo in letto e applicazioni calde.

L'obbligo di restare a letto ha molta influenza sui malati senza febbre, e per liberarsi da questa noia impiegano tutta la loro forza di volontà e la loro energia.

Se la perdita di urina malgrado le cure dura settimane e mesi, allora bisogna rilasciare i malati come inguaribili.

Anche i metodi meccanici di terapia usati da qualcuno nell'enuresi infantile non danno giovamento nei disturbi nervosi della vescica che insorgono da cause di guerra.

Ad ogni modo questi disturbi hanno la loro base su cause diverse e non è giusto come accade spesso di osservare questi malati sotto un punto di vista etiologico unilaterale. Noi quindi dobbiamo stabilire che con la espressione *Enuresi* o *Pollachisuria* o *Iscuria* intendiamo significare solo dei sintomi e che è còmpito del medico di ricercare l'origine di questi sintomi e possibilmente curarli. SILVESTRI.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta 20 *aprile* 1918.

Presiede il presidente prof. G. SPERINO.

Essendo indetta l'adunanza per discutere intorno ai «problemi attuali sulla dissenteria», sono intervenuti, oltre i soci, medici condotti e ufficiali medici fra i quali il colonnello Virgallita, direttore dell'ospedale militare.

Della diagnosi batteriologica della dissenteria.

ASCOLI prof. ALBERTO. — L'O abbozza per sommi capi le varie tappe del problema eziologico nella dissenteria ed illustra nelle sue linee fondamentali lo stato attuale poco confortante delle nostre conoscenze ben lontane dal concetto unitario che è presupposto indispensabile per ogni profilassi specifica razionale. Passa di poi ad esporre gli argomenti che militano in favore di un agente causale unico e le difficoltà di ordine batteriologico che si oppongono alla sua accettazione, avviandoci invece al pluralismo eziologico poggiante sui vari tipi di pseudo, para e meta dissenterici.

Egli si rifiuta di considerarli come altrettanti agenti eziologici quando il trasformismo del germe, dimostrato dalla variabilità di tanti suoi caratteri, giustifica il dubbio che si tratti di truccature assunte da un germe unico. L'O. trae il suo convincimento da tre ordini di esperienze ed osservazioni personali dalle quali risulta:

1° la fallacità dell'agglutinazione come criterio di differenziazione dei dissenterici;

2° la graduale trasformazione e la riducibilità dei dissenterigeni in un tipo fondamentale;

3° la possibilità di gettare dei ponti tra specie e specie fino al punto da riallacciare in serie al dissenterico classico le varietà che hanno caratteri comuni con altri batterî dell'intestino.

NIZZOLI domanda schiarimenti sul trattamento terapeutico, poichè in una epidemia da lui studiata dovuta ad un *b. coli*, non si ottennero vantaggi curativi col siero specifico per i dissenterici.

ASCOLI risponde che il reperto batteriologico di un *bacterium coli* rende difficile la discussione intorno all'efficacia di un siero antidissenterico specifico, la quale è complicata dal reperto constatato recentemente di tossine speciali non neutralizzabili con comune siero antidissenterico nei pseudodissenterici.

LODI, nella sua qualità di medico condotto di campagna, rileva le difficoltà, per i sanitari lontani dai centri abitati, delle denuncie riguardo ai casi molto dubbi, e domanda schiarimenti sulle modalità da seguire.

ASCOLI annuncia di avere compilato un ordine del giorno, che leggerà all'assemblea a termine della discussione, ove propone l'istituzione di numerosi centri antidissenterici allo scopo di facili-

tare il compito dei medici nella diagnosi e assicurare l'applicazione delle misure profilattiche.

ROCCAVILLA, riferendosi a proprie indagini cliniche, batteriologiche e serologiche eseguite al fronte nelle regioni pedemontane del Bellunese, del Trevigiano e del Vicentino, circa la dissenteria, endemica in quei luoghi e riacutizzata per le attuali condizioni di guerra, pur dovendo riconoscere che qualche caso di dissenteria è dovuto a germi radicalmente diversi dal classico dissenterico, ritiene che la grande maggioranza sia dovuta al b. di Shiga, il quale però solo di rado si lascia cogliere in quell'attitudine biologica con cui siamo soliti di considerarlo. Spesso si tratta di allotipie biologiche e culturali, le quali si palesano per analogie di vita e di reazioni organiche col classico Shiga, o per efficienze dissenterigene specifiche, o, infine, per le reazioni immunitarie che un esame sierodiagnostico sistematico degli individui non lascia di mettere in evidenza. È di parere che la difficoltà del quesito diagnostico della dissenteria epidemica sia imputabile meno alla copia di mezzi tecnici a nostra disposizione che non alla variabilità morfologica, biologica e morbigena del germe, il quale esige uno studio minuto ed esteso, e alla sua morfobiologia *in vitro* e alle reazioni epidemiologiche, cliniche ed immunitarie che è capace di sostenere nell'uomo e nell'animale.

CENTANNI crede necessario che, se si vuole stabilire l'unità eziologica della dissenteria, occorre basarla su un carattere fondamentale fisso e sicuramente determinabile. Questo carattere non può essere il quadro clinico, perchè è noto che è proprietà comune delle endotossine di promuovere irritazioni gastroenteriche anche per iniezioni sottocutanee. E se si vuole considerare la malattia quale effetto di una reazione anafilattica continuata, ciò che l'O. ritiene accettabile solo parzialmente, una delle manifestazioni di tali reazioni in alcuni animali, p. e. nel cane, è appunto, nella forma più intensa, l'enterite emorragica dissenteriforme. Sarà necessario affidarsi alle reazioni immunitarie le più sensibili, e visto che l'agglutinazione è poco fedele, vedere se esiste una tossina unica non caratterizzabile per la gastroenterite dissenteriforme comune a diverse tossine, ma neutralizzabile per rispettivi anticorpi. L'O. ha avuto largo campo di fare esami di dissenterici ed ha trovato solo nella minor parte i germi caratteristici, mancando essi anche nei casi clinicamente più pronunciati.

ASCOLI rileva che nei conigli ha importanza specialmente la paraplegia determinata dalla tossina dissenterica, la quale paraplegia alle volte è posteriore, spesso è anteriore e posteriore.

Nessun altro socio domandando la parola, ASCOLI legge il seguente ordine del giorno:

«La Società Medico-Chirurgica di Modena, riunita in adunanza pubblica per trattare dei problemi attuali sulla dissenteria bacillare;

udite le comunicazioni e la discussione seguitane, dalle quali emerge la tendenza a ritenere che tale infezione sia riferibile ad un agente unico, il dissenterico Shiga, ma variabile fino ad aver caratteri comuni con altri bacteri dell'intestino, e che essa sia suscettibile perciò di una profilassi e di una cura specifica (1);

impressionata della diffusione che la dissenteria bacillare ha assunto nei paesi nemici;

ad evitare che una simile iattura abbia ad abbattersi sul nostro paese;

richiama l'attenzione delle autorità competenti su tale pericolo incombente sopratutto per lo spostamento di grandi masse, sia militari che profughe, da regioni dove esistono focolai endemici, e

le invita ad attuare, a mezzo di appositi centri antidissenterici, una pronta ed energica coordinazione dell'opera diagnostica e profilattica (svolta fino ad ora troppo saltuariamente ed occasionalmente);

a estendere l'obbligatorietà della denuncia in tutto il Regno, anche ai casi semplicemente sospetti, provvedendo a sopraluoghi dal centro antidissenterico più vicino;

ad agevolarne il non sempre facile accertamento, addestrando tecnici competenti e specializzati nei riguardi clinici, epidemiologici e batteriologici;

ad adottare misure profilattiche generali e speciali nelle zone infette ed un severo controllo sull'efficacia dei vaccini e sieri curativi antidissenterici».

L'assemblea approva all'unanimità.

PES, rilevato il grande interesse delle ricerche del prof. Ascoli rivolte ad un problema di particolarissima importanza, propone che l'ordine del giorno sia divulgato alle Società d'igiene e alle autorità sanitarie.

VIRGALLITA raccomanda l'invio dell'ordine del giorno anche alle autorità sanitarie militari che si occupano dell'argomento con speciale attenzione.

Le proposte sono approvate all'unanimità.

Il Segretario: C. GAZZETTI.

---

(1) *Se pure sia accettato il concetto unitario per la* dissenteria bacillare, *occorre tenere ben distinta da questa la* dissenteria amebica. *I due tipi di dissenteria portano lesioni anatomiche intestinali bene distinte e complicazioni diverse. La dissenteria amebica è diffusa fra noi: più diffusa che non si creda.* (Nota della Redaz.).

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Nuove spirochetosi (Il sodóku e la febbre delle trincee).

Il capitolo delle spirochetosi allarga i suoi confini e ricerche nuove ne mettono ogni giorno in evidenza l'importanza a proposito di alcune malattie di cui l'etiologia era rimasta finora oscura.

Il *sodóku*, malattia diffusa nel Giappone, minutamente descritta e identificata come forma morbosa anche nelle varie regioni d'Europa, aveva subito finora tutte le vicende delle nuove malattie, poichè molti parassiti (telosporidi, diplococchi, *streptotrix*, emosporidio) erano stati descritti e presentati come agenti specifici della sindrome morbosa.

Il reperto d'uno spirochete (*spirochaeta morsus muris*) è dovuto alle indagini di studiosi giapponesi comparse dal 1916 al 1917 sul *Journal of exp. medic.*

Fin dal 1915 Futaki, Takaki, Taniguchi e Osuni comunicarono alla Società medica di Tokio di aver trovato uno spirochete nel sangue di malati affetti da sodoku. Ricerche ulteriori confermarono il reperto e descrissero anzi due forme di spirochete, una lunga 9 a 10 micron che si riscontra nei gangli linfatici, ed una corta da 2 a 6 micron che si rintraccia nelle ferite da morso del topo o nel sangue degli animali sperimentalmente infettati. L'inoculazione negli animali ha dimostrato trattarsi di una sola specie di spirochete che muta dimensioni e un po' anche forma a seconda del mezzo nel quale si sviluppa. Nel sangue dell'uomo malato bisogna ricercare lo spirochete durante gli accessi febbrili; nelle cavie inoculate il parassita si ritrova solo negli ultimi periodi della malattia.

Nell'uomo si trova prima a livello dell'eruzione nel punto d'inoculazione, nel succo ganglionare e nel sangue periferico. Nel sangue periferico lo spirochete è relativamente corto e spesso, le forme piccole (da 1 a 3 micron) predominano; più lunghe sono le forme che si ritrovano nei gangli linfatici; nelle culture esse possono raggiungere la grandezza di 12-19 micron: in generale per grandezza lo spirochete *morsus muris* sta tra la *spirochaeta* pallida e la *spirochaeta* della febbre ricorrente.

Il numero delle spire varia da 2 a 6; si vedono in generale due flagelli, uno a ciascuna estremità; ha movimenti spasmodici, visto all'ultramicroscopio; si colora facilmente coi colori protozoari (Giemsa, Romanowski), si coltiva in siero di cavallo al nucleinato di sodio, chiarificato con una corrente di anidride carbonica. Le esperienze in animale hanno rivelato la formazione di anticorpi litici; si può sperimentalmente infettare la cavia, il topo, il ratto, la scimmia.

Simile al sodoku per manifestazioni cliniche è la *febbre quintana* o *febbre delle trincee*: la simiglianza della curva febbrile, i dolori muscolari e articolari, la relativa benignità della malattia autorizzano il confronto.

I recenti lavori mostrano che la febbre delle trincee deve essere classificata tra le spirochetosi. Riemer è riuscito ad isolare e a coltivare lo spirochete agente della malattia. Couvy e Dujarric de la Rivière (*C. R. Soc. de Biol.*, 12 genn. 918) sono anche essi riusciti a mettere in evidenza uno spirochete, al quale hanno dato il nome di *Spir. gallica.* Anche questo spirochete presenta due forme, una corta, che si trova nel sangue, una lunga, che si trova nei preparati degli organi degli animali inoculati. In questi (cavie), inoculati col sangue di malati, prelevato durante il periodo febbrile, la curva termica è paragonabile a quella dell'uomo colpito da febbre delle trincee.

Anche per mettere in evidenza gli spirocheti negli animali è preferibile sacrificarli in una *poussée* febbrile, poichè solo un terzo degli animali inoculati perisce.

Per la luce completa sono necessarie ulteriori ricerche, ma la via è oramai aperta e luminosa.

t. p.

TERAPIA.

La cura dell'artrite gonococcica col vaccino gonococcico sensibilizzato.

I successi ottenuti in altre infezioni col medesimo sistema di cura hanno indotto Gordon (*British Medical Journal*, 1917) a sperimentare l'azione dei vaccini gonococcici sensibilizzati nelle artriti blenorragiche, che, come è noto, sono affezioni piuttosto ostinate. Il vaccino venne preparato nel modo seguente. Si estrasse da un focolaio di gonartrite gonococcica del liquido, che era schiettamente purulento. Si ottennero dapprima sull'agar e poi sull'agar-sangue delle culture pure di gonococco e da queste ultime si preparò un'emulsione in 15 cmc. di soluzione fisiologica, asportando da ciascuna provetta di agar un'ansa di cultura e agitando fortemente nella soluzione salina. Poscia si notava il grado di intorbidamento e

si faceva un calcolo approssimativo del numero dei gonococchi sospesi; si aggiungevano quindi 15 cmc. di siero antigonococcico del commercio e si agitava fortemente per assicurare una buona mescolanza fra siero ed emulsione batterica. La miscela poi veniva mantenuta per 24 ore a 37°. Si poneva quindi il tubetto in un fissaprovetta di legno e messo così in un refrigeratore. I gonococchi si depositavano al fondo ed il liquido sovrastante veniva rimosso con la pipetta e sostituito con 15 cmc. di soluzione fisiologica: la mescolanza così ottenuta veniva agitata fortemente e riposta nel refrigeratore per oltre 24 ore. Si ripeteva quindi la stessa operazione: asportazione del liquido soprastante al deposito e sostituzione con 15 cmc. di siero fisiologico, ecc., e così anche per la terza volta dopo di che insieme alla soluzione salina si aggiungeva 1 cmc. di acido fenico al 10 %. Il tubo veniva bene agitato e posto nel refrigeratore per 3-4 giorni, durante i quali il liquido veniva scosso fortemente due volte nelle 24 ore.

Dopo aver controllata la sterilità dell'emulsione batterica questa era pronta per l'uso. Poichè era stato calcolato il numero dei gonococchi contenuti nella prima emulsione, bastava dividere quel numero per 16 per ottenere la forza del vaccino in milioni di germi per ogni cmc.

Il vaccino sensibilizzato ha su quello ordinario il vantaggio che le dosi possono essere elevate senza pericolo di reazioni generali o locali degne di nota. Tutt'al più durante le prime ore dopo la iniezione si ha nelle articolazioni affette un aumento della dolorabilità alla pressione. Le iniezioni si fecero di regola il 1°, 2°, 3°, 5°, 7°, 12°, 15°, 18°, 22°, 26° e 30° giorno, incominciando con 25 milioni di germi ed aumentando di altrettanto ad ogni iniezione successiva, così fino alla trentesima; dopo quest'ultima le iniezioni si praticarono ogni cinque giorni aumentando ogni volta la dose di 50 milioni.

I risultati furono migliori quando si adoperarono gonococchi raccolti di recente.

Adoperando questo sistema di cura in 17 casi di artrite gonococcica il Gordon ha ottenuto sempre la guarigione completa. *a. a.*

La sieroterapia endomuscolare nella meningite cerebro-spinale.

F. Fanciulli (*Gazz. Osp. e Cliniche*, 4 ott. 1917) osserva che nessun siero può fare miracoli e che i casi fulminanti finiscono senz'altro fatalmente: in altre condizioni, però, si può sperare un beneficio della sieroterapia. Egli riporta i particolari di 11 casi di meningite c. s. in bambini, nei quali ha iniettato 10 cmc. di siero mattina e sera fino ad un totale di 30-40, osservando rapidi miglioramenti, salvo in un caso in cui vi era febbre intermittente, brividi, tumore di milza.

I bambini sono stati trattati tutti in famiglia, senza isolamento o disinfezioni, salvo la bollitura delle biancherie da letto; nelle famiglie stesse non si osservarono casi successivi di meningite. L'A. inietta il siero per via endomuscolare. I. P.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla sifilide antenatale.

La sifilide è forse la causa più importante dell'aborto e delle nascite premature. Poichè la scoperta della spirocheta e della reazione di Wassermann ci ha dato la possibilità di riconoscere realmente lo stato d'infezione di un organismo, gli oscuri problemi che riguardano i rapporti fra madre e feto, per quanto riguarda la sifilide ne ricevono una nuova luce.

Amand J. Routh (*Lancet*, 12 genn.) viene appunto considerando le questioni seguenti:

1° perchè vi sono delle donne gravide, con figlio sifilitico, che danno reazione negativa durante la gravidanza e qualche tempo dopo il parto? Tale fatto non era sospettato prima che si conoscesse la reazione di Wassermann.

2° un bambino con sifilide congenita — nato da madre sifilitica — spesso dà reazione negativa alla nascita e per qualche settimana o mese dopo; talora i sintomi clinici della sifilide congenita non si sviluppano che alla pubertà;

3° perchè le spirochete sono sempre assenti nei tessuti degli aborti, anche quando tali aborti si verificano prima di parti di feti morti in donne sicuramente sifilitiche, mentre si trovano nei feti morti.

4° la legge di Colles.

L'A. riferisce alcuni fatti del ciclo biologico della spirocheta, che possono avere una certa importanza in proposito. È stato riconosciuto che esiste una differenza biologica fra le spirochete della demenza paralitica e della tabe, e quelle della sifilide primaria: si ignora però dove e come si verifichino tali mutamenti. Lo stadio poi di spirocheta non sarebbe il solo nella vita di tale microrganismo; essa incomincerebbe con delle vere spore. Molti osservatori hanno inoltre descritto dei granuli, come prodotto del disfacimento delle spirali, granuli che possono in determinate condizioni riprodurre la spirocheta matura, e che rappresente-

rebbero uno stadio latente o inattivo biologicamente. Gli arsenobenzoli, forse altri medicamenti, le tossine, gli anticorpi avrebbero appunto l'effetto di disgregare la spirocheta in granuli, che possono rimanere per un certo tempo latenti, e poi svilupparsi in spirochete mature, a meno che non vengano completamente distrutti dagli agenti curativi.

Ora si può ammettere che i fermenti del corion o sinciziali (i quali si trovano al punto di interdigitazione delle porzioni materna e fetale della placenta) possono esercitare tale azione di disgregamento sulle spirochete, che si trovano nei tessuti intervillosi, in stretto rapporto con le cellule sinciziali dei villi, che producono i fermenti.

L'azione continua dei fermenti sinciziali può rendere i granuli spirochetali inattivi biologicamente ed anche, in pochi casi, distruggerli. Quando però non sono distrutti, tali granuli possono svilupparsi in spirochete mature, dopo la gravidanza, allorchè i fermenti sinciziali cessano di essere presenti nei tessuti materni e fetali.

L'azione protettiva di tali fermenti dipenderà dalla virulenza dell'infezione e dalla sorgente di questa; sarà scarsa quando si tratta di vera infezione materna, ed avrà invece maggiori probabilità di successo quando si tratta di sola infezione paterna. L'assenza della reazione di Wassermann nelle condizioni esposte nelle citate questioni sarebbe appunto in dipendenza dello stadio granulare e quindi biologicamente inattivo, delle spirochete. **FIL.**

IGIENE.

Attrazione di alimenti e prodotti di fermentazione verso le mosche.

Da esperienze di C. H. Richardson (rif. in *Riv. d'Igiene*, 1° luglio 1918) risulta che lo zucchero, il glucosio, il fruttosio, il maltosio, il lattosio, l'amido, la destrina, non posseggono grande potere attrattivo. L'alcool amilico al 4 % è più attrattivo che al 40 % ed agisce meglio che l'alcool etilico o l'acido acetico alla stessa concentrazione.

La soluzione al 4 % di zucchero e di destrina in alcool amilico, etilico ed acido acetico esercitano un'azione attrattiva maggiore che le corrispondenti soluzioni acquose. Il glutine delle farine ed il burro sono senza azione, mentre il caseinogeno del latte è attivo. Il sangue di porco sarebbe la sostanza che attira meglio di ogni altra. Si può ottenere un veleno molto attivo ed attrattivo mescolando farina, melassa, alcool amilico ed arsenito di sodio. A. F.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(974) *Insufficienza alimentare cronica.* — All'abb. n. 1082:

L'insufficienza alimentare cronica ha dato origine, durante questa guerra, ad una sindrome morbosa che inizia con deperimento generale e paresi muscolare agli arti inferiori e poi si svolge con edemi, i quali dagli arti inferiori si diffondono a tutto il corpo, con disturbi gastro-intestinali, con dolenzie, con anemia e profonda debolezza. È la « malattia della fame » o « edema di guerra ». Si tende ad attribuirla in specie a penuria di grassi.

Frequentissima tra i prigionieri fatti dagli Imperi centrali come pure tra gli abitanti delle regioni invase dalla Germania, si è prodotta anche in Boemia, in Russia, nella Scandinavia, nell'America Centrale, ecc.; persino l'opima Inghilterra non ne venne risparmiata durante i primi tempi della campagna sottomarina.

Non c'è da sorprendersi che oggi se ne riscontri qualche caso frusto in Italia — nell'alto Bergamasco a quanto risulterebbe dal di Lei scritto — in rapporto con il rincaro esorbitante del vitto.

Il trattamento consiste nel migliorare la vittitazione: se la malattia è ai primi stadî, segue una guarigione rapidissima.

Converrebbe consigliare d'intensificare i piccoli allevamenti domestici (di animali da cortile, di maiali, di capre, ecc.), così da provvedere le proteine e il grasso animale.

Non ci sembra il caso di ricorrere alle frizioni di olio essenziale di trementina alle gambe, cui Ella accenna: non mirano alla causa e possono pregiudicare l'integrità renale, che sembra aver parte nella patogenesi.

L. VERNEY.

(975) *Durata della gravidanza.* — Al dottor Delta, Zona di guerra:

La durata della gravidanza va computata non dal giorno della coabitazione ma dal primo giorno dell'ultima mestruazione, che può aver preceduto anche di una quindicina di giorni (come risulta dalle osservazioni compiute in Germania da Siegel e da Pryll sui concepimenti che avvengono durante le brevi licenze militari; cfr. *Münch. mediz. Wochens.*, 7 novembre 1916, rif. in *Clin. Ostetr.*, 15 febb. 1917).

La durata della gravidanza così computata può essere alquanto inferiore a 280 giorni incirca, pur venendo alla luce un feto coi caratteri della maturità.

I caratteri del feto a termine sono descritti nei trattati (unghie oltrepassanti le punte del-

le dita, capelli lunghi 3-4 cm., lanugine quasi scomparsa o solo in tracce alle spalle, suture del capo bene unite, pelle più bianca che nei prematuri, forme tondeggianti; nei maschi testicoli discesi completamente nello scroto; nelle femmine grandi labbra ricoprenti le piccole; lunghezza, peso, ecc.).

La mancanza di questi caratteri — ossia la nascita di un feto prematuro — comporta, naturalmente, una gravidanza più o meno abbreviata.

Aggiungiamo che il computo può esser fatto dal 1° giorno della prima mestruazione mancata, anzichè dell'ultima avvenuta; ma non si tratta che di una variante. V.

(976) *Cura della nefrite acuta.* — All'abbonato n. 3211:

Non possediamo medicamenti che abbiano una azione diretta sul processo morboso; solo le complicanze o le dirette conseguenze dell'intossicazione possono essere passibili di medicamenti, i quali caso per caso vanno direttamente scelti dal medico.

Il vitto naturalmente, dopo il primo periodo acuto, dipende dal tipo della nefrite (uremigena, idropigena, mista). S'intende però che in ogni caso gli eccessivi rigori alimentari sono a lungo andare pericolosi: bisogna saggiare la tolleranza dei vari malati e usufruire di alimentazioni possibilmente complete.

La riduzione o l'abolizione del lavoro, i bagni tiepidi, il massaggio, le cure climatiche miti possono completare la terapia. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

W. M. BAYLISS. *The physiology of food and economy in diet.* Un vol. in-16° di oltre 100 pag. rilegato. Longmans, Green and Co., ed Londra. Prezzo 2 scellini.

I problemi dell'alimentazione interessano vivamente oggi sia i medici che il pubblico: molti concetti sono andati modificandosi ed è sperabile che quando le condizioni dei mercati saranno ritornate normali, si eviterà l'inutile sperpero di un tempo, dannoso per la borsa, come per la salute.

Frattanto, ogni libro che, come il presente, diffonda le nuove correnti di idee sull'alimentazione, compie un'opera di grande utilità.

L'A. riassume qui le conferenze tenute alla Università di Londra, esponendo i principii di fisiologia, che regolano l'alimentazione, il significato delle calorie, del minimum azotato, le idee sui fattori accessori (vitamine), ecc. Molti pregiudizi erronei vengono sfatati, molti saggi consigli vengono dati, non solo nei riguardi dell'igiene e della fisiologia, ma altresì in quelli economici. L'esposizione piana, le idee chiare e semplici rendono il libro di facile e piacevole lettura. INDEX.

A. TRUELLE. *L'utilisation ménagère des fruits sans sucre.* Un vol. in-16° di un centinaio di pagine, con figure. Masson e C.ie ed., Parigi. Prezzo L. 2.

Utile libretto che dà molti consigli di grande praticità per la fabbricazione di conserve di frutta; l'utilizzazione razionale di questo alimento non è solo una necessità in questi tempi di stretta economia dei consumi, ma risponde anche ai bisogni ed ai precetti di una bene intesa igiene alimentare.

L'A. indica il modo più razionale e più semplice per allestire tali conserve, ciò che un tempo costituiva uno dei lavori favoriti dalle nostre massaie, le quali preferiscono invece ora acquistare i prodotti che fornisce il commercio, spesso eleganti, ma sempre costosi e talvolta anche non genuini. Col seguire i consigli dell'A. si potranno ottenere dei buoni risultati da chiunque ci si metta con un po' di pazienza e di buona volontà. INDEX.

LAMARE-PICQUOT. *Nos anciens à Corfou.* Souvenirs publiés par H. PERNOT. Un vol. in-18°, di pag. 256. Paris, Félix Alcan, 1918. Prezzo fr. 4.55.

Un ufficiale medico dell'esercito di Napoleone I, il dott. Lamare Picquot, aveva raccolto in un diario le impressioni da lui riportate in Italia e nelle Isole Joniche, ov'egli aveva prestato servizio.

Ora il prof. H. Pernot ha estratto da quelle memorie inedite le pagine più interessanti, relative in piccola parte all'Italia, in massima parte alle Isole Joniche; vi si trovano le descrizioni dei paesi e dei costumi veduti, nonchè numerose informazioni sul corpo di spedizione francese. Un'appendice è consacrata ad un'Accademia fondata a Corfù dai francesi, i quali evidentemente s'intressavano a migliorare non solo materialmente, ma anche intellettualmente i paesi occupati.

Il volume si scorre volentieri. Tuttavia si stenta a comprendere l'utilità di pubblicazioni del genere in questo momento, mentre l'industria editoriale si dibatte tra tante angustie e mentre premono problemi molto più urgenti che non il dilettantismo dell'erudizione storica.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per una quistione di moralità e di opportunità politica.

Il prof. C. Frugoni, il valente e valoroso collega, che tante benemerenze si è acquistate nella pratica civile e militare, ha avuta la cortesia di richiamare la nostra attenzione su alcune proposte da lui suggerite e già pubblicate in un giornale politico, proposte che meritano di essere conosciute e discusse dai medici, perchè si tratta di quistioni prevalentemente sanitarie.

Il prof. Frugoni propone:

1° Sia fatto obbligo per legge che in tutti i pubblici concorsi, sia esposto e documentato lo stato di servizio dei concorrenti nella grande guerra, con l'indicazione che a parità di condizioni le benemerenze civili e militari debbano o possano costituire ragione di preferenza. È opportuno il rilievo che agli effetti pratici altro è il ritenere la proposta già nello spirito pubblico e altro il vederla sancita per legge.

2° In tutti i pubblici concorsi è richiesta «sana e robusta costituzione» e dati gli oneri che lo Stato e le Amministrazioni in genere si assumono di fronte a chi entra in organico non è chi non veda l'importanza di una seria ed onesta applicazione della condizione voluta.

Chi pertanto per tutta la durata della guerra mai o quasi mai ha avuto abilità ai servizi di guerra (salvo alcune eccezioni, specie di natura chirurgica e che saranno specificate, ad esempio esiti di fratture, ecc.), non è nè sano, nè tanto meno robusto; e data la durata della guerra, non è a presumersi rapidamente modificabile uno stato di cose che tale inabilità ha per sì lungo tempo provocata e mantenuta. Ma è anche facilmente prevedibile invece che non appena cessato lo stato di guerra e riaperti i concorsi tutti costoro, magicamente guariti, produrranno certificati di sana e robusta costituzione. Nell'intento allora:

o di impedire che lo Stato e le pubbliche amministrazioni vengano frodate con certificati inesatti,

o di smascherare coloro la cui inabilità fosse stata dovuta a colpevoli compiacenze o a simulazione,

e di tutelare coloro che nel frattempo fossero realmente guariti,

e infine di far giustamente pesare, a vantaggio dell'interessato, una inabilità per esempio per ferita di guerra,

si propone che «in tutti i pubblici concorsi sia fatto obbligo di *documentare* la motivazione della precedente inabilità di guerra, e che in tal caso i nuovi accertamenti siano fatti da un Collegio medico nel quale sia debitamente rappresentato l'ente interessato».

La proposta del prof. Frugoni a noi pare non solo degna della maggiore considerazione ma tale da essere senza indugio tradotta in disposizione legislativa.

Essa può trovar posto tra quelle ottime provvidenze e previdenze che hanno notevolmente rialzato il tono morale del nostro soldato, riattivandogli quello spirito di sacrificio e di abnegazione che si è tradotto in tante azioni vittoriose.

Nulla più, infatti, avvelena lo spirito del soldato e ne paralizza ogni entusiasmo quanto la coscienza del mancato riconoscimento del proprio sacrificio. Un'offesa agli interessi dei combattenti, che nel caso particolare si confonde con la offesa dei più elementari principii di equità e di giustizia, costituisce un veleno più insidioso di ogni propaganda disfattista. Occorre quindi che con ogni mezzo sia fatto conoscere al soldato che al suo ritorno al focolare domestico egli troverà non solo un ambiente di simpatia e di gratitudine, ma troverà la equa riconoscenza della Nazione, opportunamente codificata.

Il soldato fin da ora deve sapere che al termine delle sue fatiche, dei suoi disagi, dei suoi sacrifici non si troverà in una condizione di inferiorità in confronto di quelli che sono rimasti attaccati al proprio focolare continuando nel loro mestiere, nella loro arte, nella loro professione, nei loro studi, perfezionandosi in essi e sfruttando in ogni modo la deficienza di concorrenti e di competitori.

Ciò naturalmente vale per ogni categoria di cittadini richiamati alle armi, ma ha sopra tutto valore per quelli che aspirano a posti dipendenti da pubbliche amministrazioni.

La ressa di coloro che, sottrattisi alle armi per qualche malattia o imperfezione fisica, tendono di accaparrarsi un posto nelle pubbliche amministrazioni si fa già sentire. E non creare ingiuste illusioni al riguardo è buona profilassi politica.

Se giusta provvidenza è stata quella di sospendere per tutto il periodo della guerra i concorsi, altrettanto giusta sarà quella - e noi dobbiamo sollecitarla insistentemente - che prescriva che il periodo di servizio prestato in via provvisoria durante la guerra nelle amministrazioni pubbliche sotto nessun riguardo e per nessun titolo può essere preso in con-

siderazione nell'assegnazione definitiva dei posti.

Ma oltre a ciò occorre che anche lo stato di salute fisica degli aspiranti a pubblici impieghi sia giustamente vagliato per modo, poichè se esso ha costituito un elemento in favore durante la guerra non continui ad esserlo durante la pace.

Chi non ha potuto servire in alcun modo la patria in guerra, chi non ha potuto fare il soldato anche per servizî che non richiedono speciali ed eccessive fatiche, non può essere considerato idoneo a nessun ufficio pubblico. Una eccezione a tale regola, bene inteso, può e deve essere fatta solo per coloro che hanno minorata la loro capacità fisica a causa della guerra.

Non si deve andar lontano dal nostro campo professionale per trovare esemplificazioni a questa tesi la cui giustezza peraltro è di per sè stessa intuitiva. Non si potrebbe, infatti, decentemente giustificare che un medico il quale sia stato dichiarato per condizioni fisiche inidoneo a prestar servizio in un ospedale militare, in un deposito reggimentale o in uno dei tanti uffici della Sanità militare, possa poi fare il medico o il chirurgo in un ospedale civile o attendere alle fatiche di una condotta comunale. A tutti i medici inabili a qualsiasi servizio militare dovrebbe a rigore di logica, se non di giustizia, essere inibita qualsiasi carriera pubblica.

Ma la logica spesso in confronto dei fatti subisce deviazioni. E se opportune provvidenze legislative non fisseranno la logica e la equità in termini precisi, noi potremmo un giorno constatare con più indignazione che meraviglia, i deboli e miti colleghi del tempo di guerra trasformarsi in forti e feroci concorrenti.

E saranno concorrenti tanto più robusti ed audaci perchè durante il periodo bellico hanno potuto attendere agli studî ed all'attività professionale, mentre gli altri hanno fossilizzato la loro intelligenza nella spesso uniforme e monotona pratica di guerra e nella lontananza dai centri di studî.

E tutto ciò che abbiamo detto dei medici *mutatis mutandis* può dirsi delle altre categorie di cittadini.

Giusta ed opportuna è quindi la proposta del prof. Frugoni ed anche nelle sue modalità.

La motivazione della precedente inabilità al servizio militare, in ogni caso di concorso a pubblici ufficî, deve essere esaminata e vagliata da una speciale commissione medica, la quale deve essere nei suoi giudizi rigorosa altrettanto quanto lo fu o avrebbe dovuto esserla in tempo di guerra, una commissione di medici addestrati a svelare le dissimulazioni, perchè non è dubbio che un giorno i termini al riguardo avranno un completo capovolgimento.

I certificati di medici privati non potranno avere alcun valore, come non ne hanno ora, come non ne hanno mai avuto tanto è l'abuso che se ne è fatto. Ed i medici non si sono ancora reso abbastanza conto del danno e dell'offesa che hanno fatto agli interessi ed al decoro della classe con tale abuso.

Ciò premesso ci riserviamo di riesaminare ancora la prima parte delle proposte del prof. Frugoni, riguardante la valutazione delle benemerenze civili e militari, di cui già altra volta ci siamo occupati. PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Corresponsioni volontarie di cereali ai medici.

Il Ministero per gli approvvigionamenti e i consumi alimentari, con circolare numero 92, protocollo n. 144,000, ha emanato le seguenti istruzioni:

« Alcune categorie di professionisti... (medici, veterinari, ecc.), fanno presente che in molti Comuni, per inveterata consuetudine, i proprietari ed i coloni soddisfano ai loro obblighi per prestazioni ricevute, mediante la cessione di una certa quantità di frumento; e chiedono che sia consentita anche per quest'anno tale forma di pagamento in natura.

« Uguale richiesta hanno fatto le fabbricerie, i parroci...

« Il principio informatore delle disposizioni in materia è quello sancito dall'art. 3 del decreto Luogotenenziale 19 maggio 1918, n. 674, che stabilisce il divieto di vendere, cedere, somministrare frumento, segala e orzo...

« Tale principio deve rimaner fermo come regola generale... Però questo Ministero non si nasconde che ragioni di opportunità e il rispetto dovuto a consuetudini che risalgono in certe Provincie, a tempo immemorabile, consigliano qualche eccezione...

« A tale scopo il Prefetto, al quale siano rivolte istanze da parte di categorie di professionisti... potrà autorizzare... il pagamento in natura delle prestazioni... quando risulti una chiara e non interrotta consuetudine in questo senso, tale da far presumere che un diverso ordinamento recherebbe disagio alle stesse popolazioni.

« L'autorizzazione deve essere in ogni caso subordinata a queste condizioni:

1° Le Commissioni di requisizione forniranno ai professionisti... per i quali sia consentito il pagamento in natura... un bollettario a doppia scheda (madre e figlia), sul quale dovranno essere segnate volta a volta le quantità di frumento ricevuto, con indicazione del nome, cognome e residenza dell'offerente: a questi sarà rilasciata una delle schede, che dovrà essere esibita alla Commissione di requisizione, a giustificazione della quantità di cereale ceduta.

2° I bollettari, man mano che siano esauriti, dovranno essere consegnati alle Commissioni di requisizione, le quali procederanno alla requisizione, presso i singoli possessori, del cereale indicato nei bollettari stessi.

3° Potrà essere consentito ai professionisti... di trattenere, sul cereale raccolto, la quota corrispondente al consumo per l'alimentazione loro e delle famiglie, la quale quota sarà al massimo eguale a quella fissata per la popolazione sprovvista ».

A proposito di avanzamenti.

Riceviamo:

Carissimo Pangloss,

La disposizione per la quale è concesso agli U. M. di complemento giungere per anzianità al grado di tenente colonnello è un buon atto di giustizia: ne va data ampia lode anche al *Policlinico* che ha combattuto per tale opera riparatrice. Giustamente osservo però che questo è solo un primo passo. Il subordinare l'avanzamento degli U. M. di complemento a quello degli effettivi, considerando la sproporzione numerica fra questi e quelli, mi sembra riduca a ben poco il beneficio accordato.

Non si potrebbe, per esempio, provvedere rapidamente all'avanzamento di una categoria di capitani medici che hanno tre anni di grado, due anni di zona e che ricoprono da oltre un anno l'ufficio di direttori di ospedali da campo?

La proposta mi parrebbe equa e potendo rimanere i neopromossi al loro ufficio non creerebbero certamente alcun inconveniente.

E su di un altro fatto mi piace richiamare l'attenzione.

I colleghi delle classi '70-'75 hanno l'indennità giornaliera di L. 5. Perchè non estendere questo beneficio ai volontari delle classi anteriori? Sono così pochi che davvero sarebbe logico togliere una sperequazione la quale — volere o volare — suona premio per chi si è fatto tirare pel bavero, e scherno per chi con entusiasmo ha dato volonteroso l'opera sua spesso con suo grave danno...

Se il dott. *Pangloss* crede giuste queste considerazioni le faccia sue, e le faccia trionfare in nome della giustizia...

Un capitano medico.

Caro Pangloss,

A te che quando cerchi trovi e quanto chiedi ottieni (perchè difendi sempre cause giuste), un gruppo di colleghi richiamati in servizio perchè sostituiti (o non confermati esonerati) domanda: Non ti sembrerebbe giusto chiedere che siano ridotti a *dieci* (anzichè tenuti a *quindici*) gli anni di esercizio professionale, onde ottenere la nomina di capitano medico? Se la disposizione è stata giusta in principio della guerra, perchè il grado di capitano veniva dato solo a pochi medici anziani di età, non è più ben adottato oggi che tutti i giovani medici rivestono tale grado, per le seguenti ragioni: 1° per un fatto morale; 2° per un fatto economico.

I medici dall'81 al '76 hanno dai 38 ai 42 anni, ed hanno dai 10 ai 14 anni di laurea per lo più. Non è bello vedere questi con i capelli bianchi rivestire il grado di tenente e sottostare a giovanotti loro colleghi. Questi medici anziani sono in buona parte oberati da numerosa famiglia. Con quali mezzi potranno sussidiarla se lo stipendio di tenente ai tempi che corrono, a stento basta a sè stesso? Se tu vuoi patrocinare la causa di far ridurre a 10 anni di professione il limite per la nomina a capitano, farai cosa gradita a molti colleghi e risolverai una quistione morale ed economica.

Con stima ed affetto, sempre tuoi affezionatissimi lettori ed ammiratori.

Abb. 8642 ed altri colleghi.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli ufficiali medici di classe anziana.

L'on. Dentice d'Accadia ha interrogato il ministro della guerra « per conoscere quali provvedimenti intenda adottare a favore degli ufficiali medici delle classi 1876-77 e 78, i quali pure dichiarati idonei a tutti i servizi della Commissione Centrale di Firenze, per aver superato il 40° anno di età e per essere a capo di numerosa famiglia non possono essere trattati alla stregua dei medici giovani e debbono perciò essere adibiti in zona territoriale od in ospedale da campo; tanto più che gli ufficiali medici dichiarati idonei ai servizi territoriali sono stati inviati a disposizione dei rispettivi Corpi di armata ».

Per gli studenti di medicina del IV e V anno.

L'on. Serra ha interrogato il ministro della guerra « per conoscere se non creda giusto che con provvedimento sollecito si ponga finalmente termine alla condizione sotto ogni punto di vista disagiata ed umiliante di tutti quei studenti di medicina di IV e V anno, i quali furono nel novembre 1916 inviati a frequentare un corso accelerato di studi a Padova; quindi furono spediti a prestar servizio negli ospedaletti da campo di fanteria in prima linea; e da allora lasciati senza definitiva sistemazione in condizione di eterni aspiranti, senza promozioni, senza facilitazioni, per poter dare gli altri esami, senza neppure il sollievo dell'avvicendamento, non fosse che per restare nei grandi ospedali delle retrovie il tempo necessario per allenarsi intellettualmente e intensificare la pratica clinica, rendendosi così meglio valorizzabili nella ripresa del servizio.

Interroga più specificamente lo stesso ministro della guerra per sapere se non sia disposto almeno ad accordare ai suaccennati studenti di medicina aspiranti ufficiali medici opportune licenze per la prossima sessione di esami autunnali ».

I riformati per tubercolosi.

L'on. Maffi ha interrogato il ministro della guerra «per sapere se possa ritenersi attendibile la voce d'imminente chiamata a nuova visita dei riformati per tubercolosi — voce messa in circolazione, con tutta probabilità, per supposta analogia colla recente chiamata a nuova visita dei riformati per epilessia; se invece — nel saggio intento di non aggravare, con abilitazioni basate su mal fondati giudizi di pretesa guarigione, la già spaventosa cifra della tubercolosi di guerra — non creda il ministro di dover mantenere in pieno vigore le disposizioni contenute nella circolare n. 573 del 4 settembre 1917 all'art. 12, lettera *a*), n. 3, per le quali sono esenti da nuova visita «i riformati per tubercolosi polmonare, di qualsiasi forma od entità, posteriormente al 1912» estendendo anzi le disposizioni stesse anche alla tubercolosi di altri organi con particolare menzione alla tubercolosi della pleura».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico-militare. — Al dott. B. S. da R.: Se suo fratello presenta fenomeni che lo fanno ritenere *fondatamente sospetto* di infezione tubercolare, secondo il prescritto della circolare da lei citata può provare a chiedere di essere visitato nuovamente onde venga annullata o per lo meno riveduta la dichiarazione di idoneità pronunziata dal distretto.

Occorre però tener presente che la circolare suddetta vieta di pronunziare diagnosi di tubercolosi basandosi *su di un solo ordine di reperti.*

Al dott. V. R. da P.:

Ella può reclamare al direttore di Sanità di Armata onde venir trasferito per qualche tempo in un servizio di seconda linea, facendo presente il suo ininterrotto servizio in prima linea e *l'umana* necessità di avere un po' di riposo.

Al dott. L. D. F., **Zona di guerra**:

Lasciare la zona di guerra è sempre una cosa alquanto difficile: nel suo caso occorre che il Ministero, dopo aver concesso l'esonero, provveda anche a sostituirlo con altro ufficiale, perchè altrimenti è probabile che le autorità mobilitate, da cui Ella dipende, si oppongano alla sua partenza.

All'abb. n. 5891:

I medici delle classi 1884 *e più giovani,* non possono lasciare il servizio in zona di guerra. (Decreto luogotenenziale del 12 novembre 1916, numero 1529).

All'abb. n. 5010:

Diritto no, perchè l'avvicendamento in zona territoriale è condizionato alle esigenze di servizio. Come Ella prevede una sua domanda per via gerarchica potrebbe essere postillata sfavorevolmente dalle superiori autorità, ma se le ragioni che Ella adduce sono degne di considerazione, non è detto che il Ministero non possa decidere in senso a Lei favorevole.

Provi quindi a presentare regolare domanda al Ministero per via gerarchica.

All'abb. n. 193:

Per passare nel ruolo di complemento Ella dovrebbe possedere i titoli per ottenere la nomina, nel ruolo di complemento, al grado superiore a quello che attualmente ricopre nel ruolo di riserva.

Al dott. G. C. da C.:

Esiste un più volte citato decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, del n. 1529, che vieta che tutti gli ufficiali medici delle classi 1884 e più giovani, possano essere ritirati dalla zona di guerra.

Al dott. G. R., **Zona di guerra**:

La circolare è chiara: ai medici che diventano effettivi con il grado di tenente non spetta l'indennità di prima nomina. Quando il primo grado della carriera militare era anche per i medici quello di sottotenente anche essi percepivano infatti l'indennità in questione.

All'abb. n. 3708:

I capitani medici effettivi della sua anzianità (luglio 1915) non sono ancora stati promossi maggiori, nè primi capitani. In conseguenza Ella non può ottenere l'avanzamento a cui accenna.

All'abb. n. 9106:

A norma dei regolamenti vigenti Ella non ha bisogno di fare il corso di allievo ufficiale, il che sarebbe un non senso, dato il fatto che ha già rivestito il grado e la funzione di ufficiale.

Però non può far passaggio in sanità se non con il grado di aspirante. Allorchè abbia subito gli esami che le restano potrà provare di essere regolarmente inscritto al V anno di medicina.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ASCOLI PICENO. *Ospedale Civile.* — Cercasi assistente medico-chirurgo esente servizio militare. Per trattative rivolgersi alla Direzione dell'ospedale stesso.

Medico-chirurgo laureato nella R. Università di Roma, con ottima pratica condotta, di Ospedali e Cliniche, con diploma ufficiale sanitario, eccellenti requisiti, esonerato servizio militare, cerca buon interinato. Rivolgersi all'avvocato Remo Pozzi, via Federico Cesi, 44, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro apprezzato collaboratore dott. Angelo Chiasserini ha conseguito per titoli la libera docenza in patologia chirurgica speciale dimostrativa. Rallegramenti cordiali.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

TOMMASI ALBERTO da Cori (Roma), tenente medico. — «Dirigente il posto di medicazione di un battaglione durante un'azione controffensiva, prestava l'opera sua con ammirevole calma ed attività. Aggirato dal nemico e fatto segno ad intenso fuoco

di mitragliatrici nemiche, continuava imperturbabile le sue mansioni dando prova di elevata concezione del dovere e di esemplare spirito di sacrificio». (19 giugno 1918).

Ci congratuliamo col nostro amico dott. Passarini per la bella onorificenza meritata dal suo figliastro, dott. Tommasi.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il prof. dott. ANTONIO BENTIVEGNA, maggiore medico di complemento e direttore dell'Ospedale militare Rosolino Pilo di Palermo, perdette sul Carso contrastato l'unico figlio. M. I.

NOTIZIE DIVERSE

Una missione della Croce Rossa Giapponese in Italia.

È venuta a Roma una missione della Croce Rossa Giapponese, presieduta dal principe Yoshihide Tokugawa.

Erano a riceverla alla Stazione il presidente della Croce Rossa Italiana sen. conte Frascara, il vicepresidente sen. Marchiafava, l'ambasciatore giapponese Jjnin, ecc.

A una colazione offerta dal conte Frascara ai componenti la missione, sono intervenuti il presidente del Consiglio, il ministro della guerra, il ministro della marina, l'ambasciatore del Giappone e molte altre spiccate Autorità. Furono pronunziati discorsi dal presidente del Consiglio, dal sen. Frascara e dall'ambasciatore. Venne rilevata l'opportunità di avvincere sempre di più i due Paesi alleati, le cui relazioni sono state sempre amichevoli.

Il convegno assunse importanza politica.

La missione ha visitato varî ospedali e il Centro fisioterapico di Roma.

È stata ricevuta da S. A. R. il Luogotenente del Re, dal presidente del Consiglio, dal ministro degli esteri, ecc.

Si è recata sul fronte.

Il Congresso francese di chirurgia.

Il XXVII Congresso francese di chirurgia avrà luogo a Parigi dal 7 al 10 ottobre 1918. L'ordine del giorno contiene i seguenti temi di chirurgia di guerra: estrazione dei proiettili intratoracici; cura e risultati lontani delle lesioni dei nervi da proiettili di guerra; asportazione di scheggie e riparazione delle perdite di sostanza ossea.

Le condizioni sanitarie al nostro fronte.

Il sen. prof. Lustig, che dal principio della guerra è addetto, col grado di colonnello medico, agli speciali servizi igienico-sanitarii della zona di operazioni, ha dichiarato che le condizioni sanitarie al nostro fronte sono ovunque veramente ottime, e la forma febbrile, a tipo influenzale, che è apparsa in Europa da alcuni mesi, ebbe un decorso molto lieve e venne rapidamente domata.

Per la revisione delle categorie d'infermità negl'invalidi di guerra.

Il prof. Ettore Levi, rappresentante provinciale in Firenze dell'Opera Nazionale degli invalidi di guerra, ha testè completata e presentata al Consiglio generale dell'Opera, che l'ha approvata a voti unanimi, una relazione sul Decreto Luogotenenziale 20 maggio 1917, che stabilisce le categorie di infermità per i mutilati o invalidi a causa della guerra o di altri eventi di servizio. Su proposta del Levi, la Federazione Nazionale aveva già nominato una Commissione apposita, nelle persone del prof. Della Vedova, ordinario di ortopedia a Roma, del prof. Perrando, ordinario di medicina legale a Genova, e del prof. Bernacchi, specialista in infortunistica, ora deceduto. La Commissione non si è ancora radunata; intanto il prof. Levi ha condotto a termine il lavoro.

Al Brefotrofio provinciale di Roma.

Il Consiglio provinciale di Roma, dopo una discussione alla quale hanno partecipato i consiglieri Fabi, Rem-Picci e Parisotti relatore, ha approvato una modificazione allo Statuto del Brefotrofio, secondo la quale il periodo di accettazione degli esposti viene limitato al 4° mese (cioè a dopo compiuto il 3° mese di allattamento). Con ciò si hanno di mira vantaggi morali, igienici ed economici.

I risparmi ottenuti, preventivati in L. 50,000, si devolveranno precipuamente a sussidiare od a far sorgere istituzioni che si prefiggano lo scopo di aiutare le madri nubili costrette ad allattare i proprî bambini.

Convalescenziario Cirincione.

Il prof. Giuseppe Cirincione, avendo saputo che il IX Comitato Militare Sanitario ricercava un locale adatto per istituirvi un convalescenziario per ufficiali malarici, ha messo a disposizione, gratuitamente, la villa che egli possiede nei pressi di Bagheria (prov. di Palermo), che si presta all'alto scopo.

Il giorno 25 agosto u. s. si spegneva in Roma il comm. dott. FRANCESCO INGHILLERI, nato a Monreale il 5 maggio 1866.

Laureatosi in medicina e chirurgia nella R. Università di Roma il 14 luglio 1891, fu assunto nel 1892 in qualità di medico assistente al laboratorio batteriologico della Sanità pubblica, carica che abbandonò nel 1896, in seguito ai provvedimenti di radicale modifica dell'amministrazione sanitaria governativa centrale, avvenuti in quell'anno.

Nominato nel 1894 aiuto volontario, e nel 1896 aiuto effettivo alla clinica medica di Roma, vi attese fino al 1899 allo studio delle mediche discipline, dedicandosi in special modo alla batteriologia e all'igiene, conseguendo nel 1895 l'idoneità a perito medico-igienista.

Nel 1899 rientrò nell'amministrazione della Sanità pubblica, e da quella data può dirsi veramente si sia iniziata la brillante carriera del medico valoroso, dell'integerrimo funzionario da poco scomparso.

La vittoria nel concorso a medico provinciale, da lui riportata nel febbraio-marzo di quell'anno, fu infatti il passo iniziale sulla via che doveva con-

durlo ad occupare una delle più alte cariche dell'amministrazione sanitaria del nostro Paese.

Incaricato nel 1901 delle funzioni di coadiutore al laboratorio di micrografia e batteriologia della Direzione della Sanità pubblica cui era stato in ragione della sua competenza specifica chiamato dopo qualche tempo di servizio presso la Prefettura di Siracusa, fu nominato in seguito a concorso nell'ottobre 1905 segretario medico del Consiglio superiore di sanità; e fu, successivamente, ispettore medico compartimentale nel 1912, ispettore generale medico nel 1914.

Di lui, a testimoni del lavoro indefesso, rimangono pubblicazioni di valore scientifico e pratico, nel campo della batteriologia e della patologia.

Strappato immaturamente, da tormentosa, implacabile malattia, all'affetto della sua famiglia come a quello non meno vivo da cui era circondato nell'amministrazione della Sanità pubblica, lascia in questa un vuoto sensibile.

Di lui non può dirsi più degnamente che ripetendo le commosse parole con le quali il direttore generale della Sanità pubblica comm. Lutrario, dinanzi ai numerosi che accompagnarono la salma del valoroso sanitario all'estrema dimora, aggiunse, al saluto portatogli a nome della città natia dall'on. Balzano, quello suo e dell'amministrazione tutta della Sanità pubblica:

« Con animo affranto porgo l'estremo saluto alla salma lacrimata del nostro amico e collega, così immaturamente rapito al nostro affetto, così immaturamente rapito all'Amministrazione.

Quando ci lusingavamo che le risorse della scienza avessero avuto ragione della lunga, profonda insidia, che aveva minata la sua salute, il fato inesorabile si è compiuto.

L'amministrazione perde in Francesco Inghilleri un collaboratore forte e coscienzioso; un ingegno pronto ed alacre; una competenza non comune; un carattere austero e diritto.

Egli nello studio delle questioni portava il contributo di una larga esperienza, il contributo del suo acuto spirito di osservazione; e sovratutto un alto senso di equità e di giustizia.

L'amministrazione poteva riposare tranquillamente sulla sua operosa attività.

Il desiderio, anzi, di collaborare era più forte della sua resistenza fisica.

Egli da alcuni anni era sofferente; molto sofferente. Eppure mai mancava all'appello del dovere al quale non si rifiutava mai; non solo, ma non cercava nemmeno di ritardarne l'adempimento per dar tregua ai suoi dolori. Egli era lì, pronto come un soldato, per attendere compiutamente, diligentemente, stoicamente al suo mandato.

La malattia lo ha colto, nella fase terminale, mentre era sulla breccia.

E quando l'atto operativo mise in evidenza tutta la sua malattia, parve persino meraviglioso e fuori della realtà, che egli avesse potuto resistere così a lungo, sopportando con animo così invitto la dolorosa *via crucis* nella quale la sofferenza, compagna inseparabile, aveva trasformato la sua esistenza.

Ma egli non fu solo un lavoratore: fu anche, come ho detto, un carattere.

Un carattere che ebbe una impronta speciale: la lealtà; la fedeltà alla amministrazione; un alto spirito di corpo.

Questa virtù del suo carattere lo spingeva a raddoppiare le sue energie lavorative; perchè a lui non bastava compiere il dovere; egli sentiva l'irresistibile bisogno di compierlo in modo che ne venissero lustro e decoro alla amministrazione, che egli amava di infinito amore.

Amore che egli traduceva in sentimento di dedizione completa ai superiori.

Addio, carissimo amico, addio carissimo compagno.

Possa l'eco del nostro sentimento di angoscia raggiungere il tuo spirito.

Tu ci lasci; ma a Te sopravvive la memoria. La memoria che accomuna nello stesso palpito di affetto le figure di tutti i compagni scomparsi; memoria che arde come una fiaccola votiva, fiamma ideale che non consuma ».

La Sanità pubblica ha subito un'altra grave perdita nel prof. comm. MAURO JATTA, ispettore generale batteriologo.

Ne daremo ampia notizia nel prossimo numero.

Al nostro amico prof. Tullio Rossi-Doria, che ha perduto in tarda età il padre comm. Giovanni, esprimiamo il nostro cordoglio.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione: insufficienza cronica . . *Pag.* 885
Artrite gonococcica: cura con vaccino sensibilizzato . . . . . . » 883
Atti parlamentari . . . . . . » 889
Bambini: medicamenti nei — . . . . . » 876
Dissenteria: diagnosi batteriologica e problema eziologico . . . . . . » 881
Gravidanza: durata . . . . . » 885
Inabilità di guerra e pubblici concorsi . » 887
Irrigatore porta-spugna e cura dell'uretrite cronica . . . . . . » 874
Meningite cerebro-spinale: terapia endomuscolare . . . . . . *Pag.* 884
Mosche: attrazione esercitata da alimenti e prodotti di fermentazione . . . . » 885
Nefrite acuta: cura . . . . . . » 886
Plastiche cinematiche . . . . . . » 869
Sifilide antenatale . . . . . . » 885
Spirochetosi nuove: sodóku e febbre delle trincee . . . . . . » 883
Vescica: disturbi nervosi in guerra . . . » 880

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 22 settembre 1918 Fasc. 38.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Amantea: Su un nuovo metodo di cura delle lesioni da solfuro di etile biclorurato (o yprite). — **Apparecchi e strumenti nuovi:** E. Curti: Apparecchio per utilizzare l'azoto dell'aria per pneumotorace. — **Note e contributi:** E. Bussa-Lay: Anomalie scheletriche e lesioni traumatiche. — **Sunti e Rassegne:** MALATTIE DEL SANGUE: A. Bloomfield: I risultati nel trattamento dell'anemia perniciosa. — CHIRURGIA: O. Kalb: Il trattamento operativo della epilessia. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Appunti per il medico pratico: MALATTIE DEL SISTEMA DIGERENTE: Come comincia e come finisce l'aerofagia. — La dispepsia degli sdentati. — TERAPIA: Gli ipnotici. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: La conservazione delle emazie viventi. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Amministrazione sanitaria:** Procedure medico-legali militari. — **Condotte e concorsi.** — **Albo d'oro.** — **Medicina sociale:** L. Dori: Assicurazioni operaie o Provvidenze sociali? — **Notizie diverse** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

ZONA DI GUERRA.

Su un nuovo metodo di cura delle lesioni da solfuro di etile biclorurato (o yprite).

Dott. GIUSEPPE AMANTEA,
assistente nell'Istituto Fisiologico di Roma e libero docente, cap. med. di complemento.

Avendo potuto eseguire una serie di ricerche sperimentali sugli effetti del solfuro di etile biclorurato (gas vescicatorio o yprite), intendo riferire su alcuni risultati, che mi sembrano meritevoli di considerazione, nonchè di pratica applicazione nel soccorso ai colpiti dalla suddetta sostanza tossica impiegata a scopo di guerra.

Premetto che le ricerche furono iniziate e condotte col proposito di indagare, da un punto di vista generale, l'azione dell'yprite sulla serie degli esseri viventi, dai vegetali ai mammiferi.

Ho però contemporaneamente sperimentato anche sull'uomo (su me stesso), pure avendo dovuto qui limitare le osservazioni agli effetti del solfuro di etile biclorurato sulla cute.

I risultati del primo gruppo di ricerche saranno esposti dettagliatamente altrove, mentre

nella presente nota riassumerò soltanto quelli ottenuti sperimentando su me stesso, e che precisamente si riferiscono a un nuovo metodo curativo delle lesioni da yprite, cui son pervenuto.

Criteri informativi e direttivi delle ricerche. — Sperimentando sull'uomo, il problema che a me logicamente e sopra tutti si imponeva (allo stesso modo che deve essersi imposto a chiunque si sia finora occupato dell'argomento) era quello di ricercare — dopo avere attentamente e minutamente esplorato nelle più delicate manifestazioni il meccanismo del processo vescicatorio da yprite — se fosse possibile trovare un espediente o una sostanza capace di limitare o annullare i suoi effetti tossici.

E l'attenta e minuta analisi del meccanismo di azione dell'yprite mi permise di accertare agevolmente che essa, sia che agisca sulla cute allo stato di gas, sia che colla cute venga a contatto come liquido, rimane fissata e trattenuta dai primi tessuti che incontra, con relativa prontezza, e in grado variabile a seconda della quantità e della durata dell'azione. Solo successivamente, e in coincidenza col graduale progresso in profondità, s'iniziano i fenomeni vescicatorî.

È chiaro, dunque, che questi ultimi sono connessi colla quantità di sostanza fissata per prima dai tessuti epidermico-dermici.

Tutte le misure e le pratiche terapeutiche finora consigliate mirano ad allontanare l'eccesso di sostanza, neutralizzandola anche fino al possibile. Esse però lasciano inalterata ed attiva quella già fissata dai tessuti; e nessuno, per quanto mi risulta, ha consigliato un mezzo atto a raggiungerla, almeno attraverso gli strati cutanei più superficiali, e a reagire anche qui con essa, limitandone o addirittura annullandone gli effetti ulteriori.

Una sostanza, dunque, opportuna da impiegare a tale scopo avrebbe dovuto possedere due caratteristiche fondamentali: la capacità di reagire col solfuro di etile biclorurato in modo da annullarne le proprietà tossiche, e la capacità di fissarsi anch'essa ai tessuti in maniera da rendere ancora possibile nell'intimo loro la suddetta reazione, elidendo e non aggravando l'azione dell'yprite, da poter trovare utile applicazione terapeutica.

Ricerche personali. — Guidato appunto da tali considerazioni, per una concatenazione logica e fortunata di osservazioni ed esperimenti, su cui è inutile insistere, sono riuscito a trovare nel nitrato di argento ($AgNO_3$) una sostanza adatta, secondo le suaccennate premesse.

(2)

Avendo infatti rilevato che il nitrato di argento in soluzione acquosa reagisce col solfuro di etile biclorurato, staccandone il cloro, che precipita sotto forma di cloruro di argento — per una reazione che non ho ancora potuto ben precisare nella sua risultante, ma che senza dubbio modifica chimicamente l'yprite, la quale perde così le sue caratteristiche tossiche — ho voluto provare se, in base a tale proprietà, esso fosse anche capace di aggredire la sostanza applicata sulla cute o già fissata ai primi tessuti epidermico-dermici.

I risultati hanno corrisposto alle previsioni favorevoli, trattandosi anche di composto chimico ad azione caustica e non limitantesi, come per altri succede, alla sola superficie.

Umettando con yprite la cute, e immediatamente dopo spennellando sulla regione trattata una soluzione acquosa di $AgNO_3$ al 3-5 %, che può essere anche applicata mercè un batuffolo di ovatta, e che conviene far agire almeno per 5'-10', il risultato che ho ottenuto è stato alle volte così completo, da aver visto persino mancare ogni traccia di fenomeni reattivi.

Quando poi ho umettato la cute con yprite, e ho trattato allo stesso modo colla soluzione del sale di argento dopo qualche minuto — tempo necessario a vedere scomparire la sostanza vescicatoria, in parte per evaporazione, in parte per fissazione ai tessuti — il risultato è stato parimenti positivo, perchè non ho veduto in seguito sollevarsi flittena sulla parte, che talora ha solo presentato un leggero stato flogistico reattivo.

Facendo agire il $AgNO_3$ per 10'-20' a intervalli vari, cioè dopo 1-9 ore dall'ypritizzazione della cute — sempre praticata umettando una determinata area cutanea e senza riprendere l'eccesso della sostanza — ho ottenuto l'arresto della flogosi reattiva (se già si era iniziata), e limitazione fino a scomparsa del senso subiettivo di prurito; la flittena o non si è affatto presentata, o è rimasta limitata a un semplice accenno; la guarigione è proceduta regolarmente, mentre nelle lesioni da yprite, anche se curate con i metodi consigliati, è per solito torpida.

Tutti, poi, i metodi di cura finora consigliati, provati in confronto con quello suesposto, mi hanno dato risultati di gran lunga inferiori.

Avvertenze ed espedienti utili. — Allo scopo di allontanare l'eccesso di yprite dai tessuti che ne siano cosparsi, è da sconsigliare l'uso dell'etere solforico, del cloroformio o dell'alcool, che, pure risultandomi tutti buoni solventi, espongono al pericolo di una maggior diffusione in superficie e in profondità.

È molto pratico invece riprendere l'eccesso

della sostanza vescicatoria servendosi di un batuffolo di ovatta imbevuto della stessa soluzione di $AgNO_3$, e scorrendo con esso a più riprese sulla regione ypritizzata, in senso raggiato e movendo dalla periferia al centro. In secondo tempo si spennella poi la soluzione, o si applica mercè altro batuffolo, come sopra si è detto.

In alcuni casi, essendo decorsa qualche ora dall'ypritizzazione della cute, ed essendosi iniziata già la flogosi reattiva in grado più o meno rilevante, è possibile apprezzare, in corrispondenza della porzione centrale della superficie iperemica, un'area biancastra, che corrisponde al tratto di cute per prima leso. Su tale area biancastra bisogna in simili casi far agire specialmente il nitrato di argento; anzi basta applicare quivi soltanto un batuffolo imbevuto della soluzione, ma in maniera che ricopra l'area accennata in tutta l'estensione, e dopo avere ripreso l'eccesso di sostanza, come si è consigliato.

È ovvia regola generale che nella cura col nitrato di argento non devono precedere trattamenti con composti clorurati.

Cura delle lesioni oculari. — Un vantaggio non trascurabile della cura col $AgNO_3$ mi sembra consistere nel fatto che essa permette di essere estesa anche alle lesioni oculari.

Si può a tal uopo ricorrere a un collirio all'1 %, o ad una soluzione a 0.25 %, da adoperare più generosamente.

In animali cui — forzando l'esperimento — avevo instillato nell'occhio l'yprite liquida assoluta, procedendo poco dopo al trattamento col $AgNO_3$, ho osservato solo una reazione ben dominabile; mentre nei controlli questa, già violentissima dopo qualche ora, non rese possibile di salvare l'occhio.

Cura delle ferite. — Nei casi di ferite imbrattate da yprite, si può far precedere l'azione sopra tutto meccanica di un abbondante lavaggio con acqua sterile, e quindi ricorrere a una soluzione di $AgNO_3$ a 0.25 %; ovvero si può solo ricorrere a lavaggi con una soluzione di $AgNO_3$ all'1 ‰.

Bisognerà tuttavia procedere con le debite cautele per le ferite troppo vaste; e converrà limitarsi al semplice trattamento dei margini nei casi di ferite penetranti.

Riassumendo:

1° Il nitrato di argento in soluzione acquosa reagisce coll'yprite, modificandola chimicamente e annullandone l'azione tossica;

2° Quando l'yprite viene a contatto con la cute fissandosi ai primi tessuti epidermico-dermici, il nitrato di argento è capace di reagire con essa, sia alla superficie cutanea, sia nell'intimo dei primi tessuti che l'hanno fissata;

3° Dato il lento ma indubbio e continuo progresso dell'yprite in profondità nei tessuti, l'applicazione del nitrato di argento va proporzionata, nella durata e nella quantità, finchè è possibile, al tempo che ha avuto la sostanza vescicatoria di agire; il risultato della cura è tanto più completo, quanto più immediato è l'intervento;

4° La cura col nitrato di argento trova utile impiego anche nelle lesioni oculari da yprite;

5° Nelle lesioni cutanee si possono usare soluzioni acquose al 3-5 %, per pennellazioni o applicazione mercè batuffoli che ne siano imbevuti; nelle lesioni oculari si può ricorrere a instillazioni di un collirio all'1 %, o a trattamento più generoso con soluzione a 0.25 %; nelle ferite si può pure usare quest'ultima, previo lavaggio con acqua sterile, ovvero si può ricorrere a un lavaggio diretto con una soluzione all'1 ‰, con le necessarie cautele pei casi di ferite vaste; per le ferite penetranti converrà limitarsi al semplice trattamento dei margini.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Apparecchio per utilizzare l'azoto dell'aria per pneumotorace

per il dott. EUGENIO CURTI.

Mi è accaduto, date le circostanze eccezionali del momento attuale, di rimanere privo di azoto per i miei malati, ai quali pratico la cura del pneumotorace terapeutico Forlanini, ed avendo pensato di separarlo dall'aria assorbendo l'ossigeno mediante uno dei reattivi e con pochissima spesa, credo bene riferire perchè la cosa può tornare utile ai colleghi, non solo ora, ma anche in avvenire, specie per coloro che trovansi lontani dai grandi centri dove sono le fabbriche che forniscono questo gas.

È noto che se si assorbe l'ossigeno di un dato volume di aria, rimane come residuo un dato volume di azoto mescolato a piccole quantità di altri gas. Quindi l'azoto può determinarsi per differenza da 100, come si vedrà più avanti.

L'azoto è pochissimo solubile nell'acqua.

Coefficienti d'assorbimento dell'azoto per l'acqua secondo L. W. Winkler:

Temperatura	0°	0.02348
»	15°	0.01682
»	25°	0.01432
»	30°	0.01340

(3)

L'aria è costituita essenzialmente da un miscuglio di azoto e ossigeno: in volume contiene 78 % di azoto e 24 % di ossigeno. Inoltre essa contiene piccole quantità di vapor d'acqua, acido carbonico e gas vari (argo, elio, cripto, xeno, ecc.) variabili a seconda delle condizioni atmosferiche.

Separazione dell'azoto dall'ossigeno per assorbimento di quest'ultimo. — Facendo passare una corrente d'aria sopra composti avidi di ossigeno, come pirogallolo, cloruro ramoso, fosforo, ecc., tutto l'ossigeno si fissa e rimane azoto libero. L'azoto così ottenuto non è chimicamente puro, ma contiene piccole quantità di gas nobili, che sono praticamente indeterminabili e che non hanno azione sull'organismo.

Il mezzo assorbente dell'ossigeno che si presta bene è il pirogallolo, che Chevreul già nel 1820 conosceva come tale.

La concentrazione della soluzione alcalina di pirogallolo, meglio rispondente allo scopo, è così formata: 1 volume di una soluzione acquosa al 25 % di acido pirogallico, mescolata con 6 volumi di soluzione di potassa caustica a 30° Beaumé circa.

In pratica a tale intento serve benissimo l'apparecchio Orsat, al quale ho creduto opportuno aggiungere un'altra buretta graduata, onde evitare che il pirogallolo fosse a contatto coll'aria esterna, come si vedrà in seguito.

Modo di usare l'apparecchio. — Come si vede dall'unita figura, l'apparecchio consta nelle sue parti principali di due tubi graduati e di due bolle comunicanti tra loro.

I due tubi (T_1 T_2) sono all'estremità inferiore, rispettivamente in comunicazione con due bottiglie d'acqua (B_1 B_2).

Denomino inoltre con P_1 P_2 i due recipienti (aventi il volume di 200 cmc. circa ciascuno) contenenti pirogallolo, con R_1 R_2 R_3 i rubinetti, dei quali uno — R_3 — è a tre vie per poter mettere in comunicazione il tubo T_2 con P_1, oppure coll'esterno.

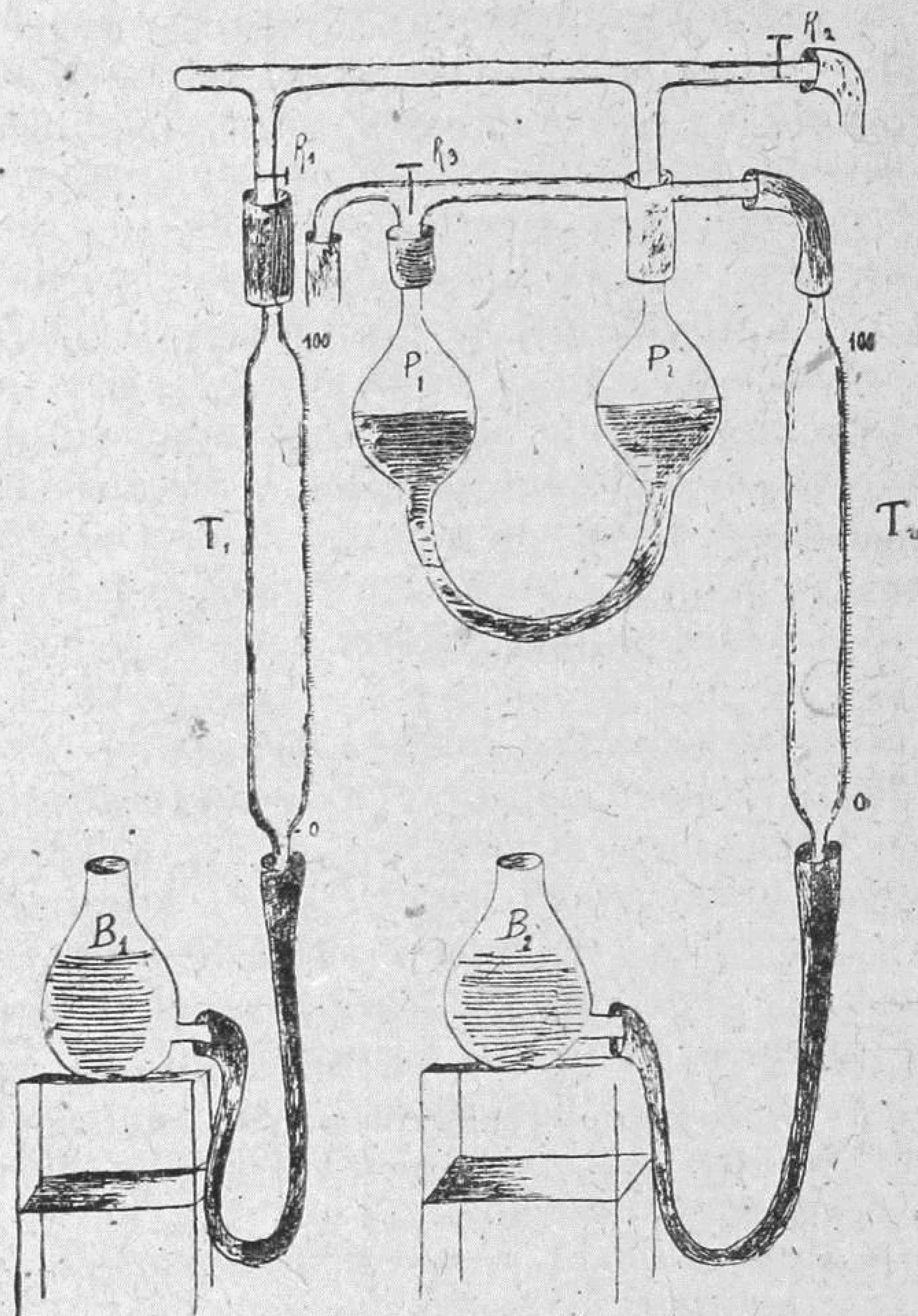
L'apparecchio, che è a tenuta perfetta d'aria, è disposto in modo che da B_2, per mezzo di appositi tubi di gomma, si passi a T_2, a P_1, a P_2, e da questo al tubo trasversale superiore, indi a T_1 ed a B_1.

Le bottiglie B_1 B_2 sono piene di acqua: P_1 P_2 contengono (per poco meno della metà del loro volume) pirogallolo.

All'inizio dell'operazione, alzando la bottiglia B_1 e tenendo aperti i rubinetti R_1 R_2 spingo l'acqua nel tubo T_1 fino a 100, poi chiudo il rubinetto R_1.

Dall'altra parte riempio di aria T_2 stabilendo la comunicazione per mezzo del rubinetto a tre vie R_3 coll'aria esterna. Metto in comunicazione P_1 con T_2 e alzando la bottiglia B_2 spingo per mezzo dell'aria *tutto* il pirogallolo in P_2 e chiudo R_2.

Sempre col rubinetto a tre vie R_3 torno a riempire T_2 di aria e chiudo tutti i rubinetti,



in modo che tutto l'apparecchio sia internamente tutto comunicante e non abbia comunicazione coll'esterno.

Alzando B_2 spingo 100 cmc. di aria a gorgogliare, attraverso il pirogallolo in T_1.

Comincio subito col constatare che una parte di ossigeno, circa 10 cmc., viene subito assorbita dal pirogallolo durante il passaggio; infatti in T_1 l'acqua invece di scendere a 0, scende solo a 10-12.

Lasciando a sè l'apparecchio, o meglio facilitando l'assorbimento alzando od abbassando per turno B_1 e B_2, tutto l'ossigeno viene assorbito dal pirogallolo. Si ha la prova che ciò è avvenuto non solo in T_1, ma anche in T_2, nel seguente modo:

Alzando B_2, cioè portando l'acqua in T_2 fino a 100, si vede che l'acqua in T_1 scende solo fino a 30 circa, e viceversa, alzando B_1 fino a spingere l'acqua a 100, in T_2 l'acqua scende fino a 30 cmc. circa (1).

(1) Si ha una discesa di 30 cmc. invece di 21, perchè l'istrumento segna anche l'ossigeno assorbito dall'aria contenuta nei tubi di comunicazione.

L'azoto è allora pronto per essere raccolto in una borsa di gomma o direttamente nell'apparecchio Forlanini, come faccio io.

Si opera così:

Fatta salire l'acqua in T_1 fino a 100, si chiude R_1: l'azoto viene perciò tutto a raccogliersi in T_2 e in P_2.

Si stabilisce allora la comunicazione (per mezzo del rubinetto a tre vie R_3) di T_2 col recipiente che si vuol riempire di azoto, e inalzando B_2 vi si spinge tutto il gas contenuto in T_2.

Ciò fatto, per raccogliere l'azoto di P_2 metto in comunicazione P_2 col recipiente raccoglitore attraverso R_2.

Riempio d'aria T_2, poi metto in comunicazione T_2 con P_1, e alzando B_2 mando nel recipiente tutto l'azoto di P_2, cacciando tutto il pirogallolo in P_2.

Riempio allora nuovamente T_2 d'aria mettendo in comunicazione T_2 coll'esterno e ricomincio l'operazione.

Logicamente, quanto maggiore è il volume dell'apparecchio, tanto maggiore è la quantità di azoto prodotto.

Praticamente si può ripetere l'operazione oltre 300 volte, senza cambiare il pirogallolo; si comprende facilmente la praticità, anche dal lato economico, dell'apparecchio, che spero potrà arrecare utile ai colleghi.

Brescia, 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

Anomalie scheletriche e lesioni traumatiche

pel dott. ENRICO BUSSA-LAY,
chirurgo assistente all'ospedale civ. di Venezia.

È precetto elementare di medicina legale che il perito tenga conto dei possibili vizi organici nella valutazione delle lesioni e non attribuisca ad esclusivo effetto del trauma il modo anormale di essere d'un dato organo che ha subito un traumatismo.

Tutte le volte che per troppo zelo fiscale o per compiacente debolezza o per leggerezza di apprezzamento si trascuri questo capo saldo si va a rischio di incorrere in errori che si traducono in una falsa valutazione dei danni, in una incongrua liquidazione delle indennità od in un'erronea applicazione della pena.

Il seguente caso medico legale può chiarire meglio il mio concetto e rendere alla presente nota l'importanza che si merita.

..... La mattina del 10 febbraio 1912 fui chiamato a C... nella casa di certo M... A... ed invitato ad esaminare il bambino Luigi di anni 10 che asseriva essere stato oggetto di maltrattamenti nella scuola, durante il pomeriggio del giorno precedente. Richiesto di specificar meglio, il bambino soggiunse: «il maestro mi rivolse varie domande, non seppi rispondere ed allora prese a percuotermi fino a cacciarmi con un pugno sul dorso sotto il banco. Ritornai a casa senza avvertire il menomo disturbo e stamane sono stato assalito da un forte dolore al petto».

Dall'esame obbiettivo praticato sul piccolo paziente potei rilevare la misera costituzione scheletrica, il pallore della cute, la scarsa nutrizione. Egli giaceva preferibilmente in posizione supina la quale gli rendeva più tollerabile una certa dolentia in corrispondenza del manubrio dello sterno.

Non lesioni manifeste esternamente, sul lato anteriore del torace, nè apparente ripercussione sugli organi interni.

Assenza completa della febbre. Dal lato subbiettivo il solo dolore accennato che si acuiva quando il paziente era messo a sedere sul letto. Data la scarsezza dei sintomi rilevati, per non peccare di troppa severità nei miei giudizi o di soverchia moderazione soprassedetti di qualche giorno nel redigere il reperto sperando poter raccogliere in seguito qualche altro elemento di diagnosi che mi permettesse dare un giudizio completo ed equanime. E di fatti nelle visite successive mi persuasi di trovarmi di fronte ad un bambino ipersensibile, facilmente impressionabile (sudava freddo ogni volta che mi vedeva apparire accanto al suo letto) ed un bambino capace di apprezzare involontariamente il dolore in modo anormale.

Così pure potei osservare che dopo tre giorni di cura il dolore era quasi scomparso potendo il bambino mettersi a sedere sul letto ed intrattenersi con alcuni condiscepoli in qualche insignificante sollazzo infantile.

Al quarto giorno (14-2) il paziente si levò dal letto. Al 7° giorno mi recai a casa sua e non lo trovai: aveva lasciato la casa per andarsene a giocare sulla via. Al 9° giorno poteva dirsi completamente ristabilito.

* * *

In seguito ad istanza del procuratore del Re, provocata da denunzia d'un avversario del maestro, il bambino il 18-2-912 fu trasportato al vicino comune di S..., dove un altro perito riscontrò mancanza dell'apofisi ensiforme e ne inferì che doveva esservi stata frattura; rilevò buono stato di nutrizione e normale sviluppo scheletrico. Nello *scrobiculum cordis* si palpava

l'itto cardiaco. Quanto a prognosi, giudizio di guaribilità in 20 giorni.

Con referto del 20-2-912 io riconfermavo quanto avevo dichiarato nella precedente relazione, cioè guarigione entro 10 giorni.

Dietro domanda del giudice istruttore io ritenni plausibile l'ipotesi che il bambino avesse eseguito, sotto una compressione sul dorso, un brusco movimento di flessione del busto, ed in questo movimento la placca sternale si fosse curvata, ma poi cessata la compressione, obbedendo all'elasticità di cui è dotata, specialmente nei bambini, avesse ripreso la direzione e la forma normale lasciando come conseguenza il dolore. Quanto ad etiologia data l'ipotesi (documentata da deposizione di testimoni) che il bambino si fosse trattenuto a giocare alla cavallina coi compagni, dopo uscito dalla scuola, la sera del 9 febbraio, non esclusi che l'infermità poteva esser stata causata da detto giuoco.

Secondo l'ipotesi del secondo perito il maestro doveva scagionarsi dell'imputazione cui si accenna nell'art. 372 del codice penale 2° capoverso, cioè d'aver provocato malattia di mente o di corpo durata 20 o più giorni e per egual tempo l'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni, malattia che importa in chi la determina la pena della reclusione da 1 a 5 anni, mentre se la malattia o l'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni non duri più di 10 giorni non si procede che a querela di parte e la pena è della reclusione fino a 3 mesi e della multa da lire 50 a 1000.

Al dibattimento fui chiamato come teste perito. Per dignità professionale, per sentimento di rettitudine e di giustizia mi impegnai di far luce completa sui fatti.

In un primo appello (maggio 1912) il dibattimento tenuto in una città di provincia d'una delle nostre maggiori isole fu sospeso a metà per difetto di procedura. Il dibattimento in secondo appello si svolse nel novembre successivo, nella stessa sede e fu portato a termine senza incidenti di sorta. Nei due appelli il perito avversario rimase assente per motivi di salute.

Dopo qualche sommaria interrogazione il Tribunale voleva congedarmi essendo pago del mio referto e delle altre deposizioni scritte. Ma gli avvocati difensori, anzitutto, ed io, in secondo luogo chiesi di poter parlare e fui secondato.

Sono venuto di lontano, osservai, ho affrontato i disagi di un lungo viaggio per mare; lasciate che io parli, per ristabilire un principio di giustizia, lasciate che io difenda la mia dignità offesa di professionista onesto e coscienzioso.

Perchè il perito avversario ha pronunziato un giudizio così severo che è un'accusa di connivenza od una patente d'incapacità per me? Il bambino ha presentato sintomi di frattura in genere ed in corrispondenza dell'apofisi mucronata in ispecie?

No. Egli ha accusato dolore, ha presentato una certa dolorabilità alla pressione tra il corpo ed il manubrio dello sterno. In corrispondenza dell'apofisi o meglio tra il corpo e detta apofisi mai alcun dolore.

Questo dal lato subbiettivo, e dal lato obbiettivo nessun sintomo che si potesse mettere in relazione con una frattura: mobilità anormale, deformazione, crepitazione, ecc., tanto in corrispondenza del corpo che in quella dell'apofisi xifoide.

Un esame radiografico o quanto meno un esame radioscopico fatti a tempo avrebbero semplificato la questione.

Ma questi furono omessi anzitutto per le condizioni di luogo (lontananza da centri forniti di apparecchi), poi dal carattere dell'infermità: rapido ristabilirsi del bambino.

Il bambino guarì senza cure speciali, col semplice riposo in tre giorni. Il perito avversario pronunziò un giudizio di guaribilità in 20 giorni, ma colpa sua se dovendo pronunciare un giudizio decisivo contrario al mio non ha chiesto il sussidio radiografico. La discussione rimane con ciò, necessariamente nel campo clinico. E stando in questo campo può aver torto, davanti ad un sospetto di frattura, tanto chi giudica negativamente come chi dà un giudizio affermativo.

La conformazione dello sterno è tale che si presta benissimo, nella ricerca tardiva di una pregressa frattura, ad un facile errore di diagnosi quando non vi siano fatti clinici evidenti che eliminino ogni dubbio.

Consideriamo lo sterno embriologicamente. Esso è primitivamente formato da due striscie cartilaginee in connessione colle estremità ventrali delle prime sette coste, striscie che più tardi si incontrano e si saldano sulla linea mediana in modo da formare un'unica striscia cartilaginea. In questa al 5° od al 6° mese di vita fetale appare prima un centro ossificativo (talora doppio) che formerà il manubrio poi dei centri ossificativi pel corpo: questi possono essere in numero di 8 disposti due a due per ogni spazio intercostale. Congiungendosi quelli che sono allo stesso livello si formano quattro pezzi o sternebri che poi si saldano fra loro

per formare il corpo. Un solo centro ossificativo appare pel processo xifoideo.

Primitivamente adunque lo sterno risulta formato di sei pezzi: uno pel manubrio, quattro pel corpo ed uno per l'apofisi ensiforme.

Questi pezzi in seguito si riducono a tre: manubrio, corpo, apofisi ensiforme che solo nell'età avanzata finiscono per saldarsi insieme. Ma, intanto, nelle sue faccie anteriore e posteriore, lo sterno (corpo) è attraversato da creste trasversali (situate a livello degli attacchi delle cartilagini costali) le quali accennano all'avvenuta sinostosi fra i segmenti che primitivamente lo costituivano. Ora, data la conformazione dello sterno, niente di più facile, presupposta una frattura, che si possa scambiare (ad un semplice esame fisico) una di queste creste trasversali con una linea di consolidazione di frattura, specie se questo esame venga praticato molti giorni dopo la presente frattura.

Ma vediamo come si può produrre, secondo Lejards, Forgue, Bergman, una frattura dello sterno.

Anzitutto la sede abituale è tra il primo ed il secondo pezzo. Ma perchè avvenga è necessario un colpo diretto: passaggio d'una ruota sul petto; oppure indiretto: caduta sul fianco. In entrambi i casi si ha una sintomatologia clamorosa. Nel nostro caso questa non s'è verificata.

Un urto sul dorso prodotto da un pugno può produrre la frattura dello sterno? No. La frattura per contraccolpo si può ammettere pel cranio. Qui una violenza applicata su un dato punto può determinare una rima di frattura in un punto opposto per la propagazione delle vibrazioni del liquido cefalo-rachidiano contenuto in una cavità a pareti solide. Pel torace questo meccanismo non è ammissibile senza contare che un urto sul dorso avrebbe qui lasciato segni contusivi e se il petto avesse urtato contro qualche resistenza vi avremmo riscontrato fatti contusivi; ma nè in questa nè nell'altra regione alcuna alterazione obbiettiva.

Era possibile una frattura per inflessione? No. Come è possibile una frattura per inflessione se nella flessione del busto l'apofisi va ad urtare contro i visceri del cavo addominale che sono cedevolissimi e non offrono alcuna resistenza?

Se questa ipotesi fosse ammissibile nelle palestre ginnastiche dove si fanno, tutti i giorni, dei bruschi movimenti di flessione del busto dovrebbe verificarsi spesso questo accidente traumatico.

Era dunque verosimile che una pressione esercitata sul dorso avesse fatto piegare il bambino su sè stesso ed avesse prodotto un incurvamento della placca sternale la quale cessata l'azione compressiva avesse ripreso la direzione normale. Ma poteva anche ammettersi che il bambino si fosse incurvato bruscamente a scopo difensivo ed in questo brusco movimento avesse dato luogo all'incurvamento.

Ma è poi mai possibile che ciò che è stato diagnosticato come frattura possa guarire in tre giorni? Il decorso, la durata d'una infermità hanno pure una importanza nel lavorio di sintesi che può ricondurci ad una diagnosi retrospettiva.

Come giustificare l'assenza dell'apofisi ensiforme?

Essa trova una spiegazione nelle anomalie di conformazione del torace ed in quelle dell'apofisi.

In semeiotica medica si distinguono vari tipi di torace: torace a botte, carenato, da calzolaio, imbutiforme, cilindrico o piatto o paralitico (con scapole alate, apofisi acromiali ed angolo del Louis sporgente, coste sottili e ravvicinate in basso).

Per mancata saldatura dei due emisterni, durante la vita embrionale, si può avere dopo la nascita la fessura dello sterno.

L'apofisi ensiforme può essere conformata in vario modo: a punta, perforata, bifida, tozza, bitorzoluta, biperforata. Può anche mancare, come a me è avvenuto riscontrare su due bambini della stessa famiglia. Il Ferranini asserisce d'aver trovato assente o bipartita l'appendice ensiforme nelle cardiopatie congenite od eredo-famigliari.

Il tipo di torace posseduto dal bambino in esame non ostante il lusinghiero certificato fatto dall'altro perito è quello paralitico... L'apofisi mucronata in esso manca, per vizio congenito, come manca nei fratelli Sc..., di cui posseggo la fotografia e l'esame obbiettivo.

Ed infine se questa apofisi fosse stata fratturata, dove sarebbe andata ad annidarsi? È facile argomentare che anche fuori di posto si sarebbe dovuta trovare alla palpazione.

Quanto alla trasmissione dei battiti cardiaci attraverso il diaframma e le pareti toraciche è cosa nota *lippis et tonsoribus* tanto è comune. Ma come poi è stata alterata la localizzazione del dolore all'esame del secondo perito? È facile che il bambino sia stato interrogato in questo modo: — Dove hai avuto dolore? — Nella «bocca dello stomaco».

La bocca dello stomaco è per il volgo tutta la parete anteriore del torace. Per l'altro perito

lo scrobicolo... Dunque il perito collegando la mancanza del *processus xifoideus* (vizio organico) col dolore sofferto dal paziente, ma erroneamente localizzato, ha concluso per una frattura dell'apofisi ensiforme!

Ma questa, ripeto, anche fuori posto si sarebbe dovuta trovare.

Ritornando all'ipotesi dell'incurvamento, da quale agente può essere stata esercitata la compressione sul dorso del bambino?

Stando alla confessione del bambino sarebbe stata esercitata da un pugno del maestro.

Questa spiegazione autorizza maggiormente ad escludere l'ipotesi della frattura.

Ma poichè l'istruttoria mise in rilievo e la testimonianza accreditò la versione secondo la quale il bambino uscito dalla scuola sia andato a giocare alla cavallina coi compagni non è fuor di luogo ammettere che prestandosi, a turno, ad appoggiare la testa al muro e lasciando che due, tre od anche più dei suoi compagni montassero sul suo gracile corpicino seguissero gli effetti morbosi descritti.

Il Tribunale tenne conto dei due elementi: insussistenza della frattura, assenza dell'apofisi mucronata per vizio congenito, circoscrisse il reato in una lesione guaribile in meno di dieci giorni e condannò a qualche mese di detenzione il maestro, col beneficio del perdono.

La Corte d'appello modificò la sentenza con giudizio assolutorio per mancanza di prove.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DEL SANGUE.

I risultati nel trattamento dell'anemia perniciosa.

(ARTHUR BLOOMFIELD. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, maggio 1918).

Il trattamento dell'anemia perniciosa, seguito generalmente in questi ultimi anni, consiste in un regime in cui il riposo, la dieta speciale e la somministrazione di arsenico sono le principali caratteristiche. Più recentemente si sono fatte strada delle misure radicali, consistenti specialmente nella trasfusione di sangue, splenectomia ed operazioni per l'eliminazione di focolai infettivi.

L'A. esamina in particolare 57 casi di anemia perniciosa, dal punto di vista del valore comparativo di tali metodi di trattamento. I pazienti sono stati tutti studiati nell'ospedale Johns Hopkins. I criteri stabiliti per il giudizio sul trattamento sono i seguenti:

Effetto sulla durata totale della malattia. — È questo forse il criterio migliore, però non sempre utilizzabile perchè non si può in tutti i casi stabilire con precisione l'inizio; inoltre vi sono casi a decorso rapido, altri invece con soste e remissioni. Spesso poi l'ammalato viene osservato solo durante le ricadute ed è difficile ai medici ospedalieri di poterlo seguire nella vita privata.

Rapidità con cui si stabilisce la remissione. — È criterio assai dubbio poichè spesso si hanno remissioni spontanee, specialmente nei primi stadî, mentre arriva poi un periodo in cui la malattia progredisce inesorabilmente.

Lunghezza del periodo di remissione. — È difficile da stabilire: può variare spontaneamente, e dipende talvolta dalla condotta di vita del paziente quando è abbandonato a sè.

Effetti di una data forma di terapia sui sintomi speciali. — Vi sono sintomi (febbre, disturbi gastro-intestinali, ecc.), che tendono a migliorare col migliorare dello stato del sangue; altri invece, come quelli derivanti dal midollo spinale, che sono poco o punto influenzati da ogni forma di terapia. Anche l'aumento di peso non ha sempre un decorso parallelo al miglioramento del sangue e delle condizioni generali. Ad ogni modo il grado di remissione riferito al miglioramento del sangue può fornire un buon criterio.

La mortalità può avere un certo valore; talora però il paziente viene all'ospedale negli ultimi stadî, ribelli ad ogni trattamento.

Il carattere del reperto ematologico. — Anche questo non è un criterio sicuro, tanto meno poi nel caso della trasfusione o della splenectomia, in cui vi può essere subito rispettivamente una leucocitosi od una stimolazione del midollo osseo.

TRATTAMENTO ABITUALE.

È stato praticato in 28 casi, come controllo; i risultati, naturalmente, non differiscono da quelli noti: l'unica misura, che ha portato giovamento, è stato il riposo assoluto in letto, per un lungo periodo di tempo. L'arsenico (liquore del Fowler, cacodilati, salvarsan) e l'acido cloridrico sembrano affatto inutili, a meno che l'ammalato non stia in riposo, poichè si hanno tosto ricadute quando il paziente riprende la vita attiva. Poichè vi era quasi sempre acloridria, venne somministrato prima e dopo i pasti l'acido cloridrico, che, almeno in apparenza, in qualche caso portò un miglioramento nei sintomi gastro-intestinali, specialmente diarrea, miglioramento che però negli altri casi si ebbe spontaneamente, col progredire della remissione.

TRASFUSIONE.

In 26 pazienti vennero fatte trasfusioni di sangue, in numero variabile da 1 a 17: la quantità totale iniettata variò da 300 a 8700 cmc., quella singola da 300 a 900 cmc. Venne di solito usato il metodo al citrato.

Come *misura d'urgenza* la trasfusione non avrebbe alcun effetto: la mortalità immediata non varia con tale trattamento. I 58 individui con anemia perniciosa morti nelle sale di guardia dell'ospedale Johns Hopkins erano stati trattati parte con la trasfusione (19 %), parte non (16 %). La mortalità dei casi studiati dall'A. è stata del 23 % di quelli trattati con trasfusione e del 22.7 % degli altri.

L'*effetto immediato* di una trasfusione abbondante (500 cmc. o più) è l'aumento delle emazie (circa 1,000,000) e dell'emoglobina (15 %); di solito però si verifica in seguito una diminuzione. È stato notato altresì un miglioramento subiettivo, forse d'origine psichica.

Per quanto riguarda lo *stabilirsi della remissione*, l'A. considera il miglioramento generale e sintomatico notevole, accompagnato dall'aumento di 1,000,000 di emazie e del 20 % di emoglobina. Fra i pazienti senza trasfusione tali fatti si otennero nella misura del 28.5 %, fra quelli con trasfusione del 51 %. I giorni trascorsi, fino ad avere il massimo numero di emazie, sono stati 43 per ambedue le serie. I risultati della numerazione delle emazie sono qui esposti.

Numero massimo di emazie	Pazienti trasfusi (19)	Pazienti non trasfusi (8)
4,000,000 ed oltre	4 (21 %)	1 (12.5 %)
da 3,000,000 a 4,000,000	9 (47 %)	2 (25.0 %)
da 2,000,000 a 3,000,000	6 (32 %)	3 (62.0 %)
Aumento delle emazie		
3,000,000 ed oltre	4 (21 %)	1 (12.5 %)
da 2,000,000 a 3,000,000	6 (32 %)	1 (12.5 %)
da 1,000,000 a 2,000,000	9 (47 %)	6 (75.0 %)

In complesso, sembra che in ammalati che non si trovano negli ultimi stadî, la remissione si verifichi più spesso con la trasfusione. L'aumento nella quantità di sangue va, a un dipresso, parallelamente alla quantità di sangue trasfusa. Ad ogni modo, se l'ammalato risponde al trattamento, bisogna essere preparati ad operare più volte la trasfusione; una sola non porta alcun miglioramento.

La *durata del periodo di remissione* non è sensibilmente aumentata dalla trasfusione, nè sta in rapporto con la quantità di sangue iniettata. Nemmeno si può rilevare una maggior durata della vita.

Quanto ai *sintomi generali*, è un fatto che quelli riferibili alla stessa anemia (dispnea, palpitazioni, vertigini, debolezza) migliorano col migliorare del sangue: così pure la febbre va scomparendo. Affatto inefficace si dimostra invece la trasfusione sui sintomi nervosi.

SPLENECTOMIA.

Venne praticata in 8 casi, uno dei quali morì 19 giorni dopo l'operazione per embolismo polmonare; meno uno, che è tuttora in vita, gli altri morirono dopo un tempo variabile da sei mesi a quattro anni e mezzo. In nessun caso però può dirsi che la vita sia stata prolungata, o che le remissioni siano state più lunghe o più marcate, che le trasfusioni abbiano avuto migliore effetto, o che vi sia stato qualche miglioramento di sintomi dopo la splenectomia.

ELIMINAZIONE DEI FOCOLAI INFETTIVI.

Dopo i lavori di William Hunter vi è stata la tendenza di ascrivere il quadro dell'anemia perniciosa a qualche focolaio infettivo; tale dottrina ha goduto molto favore, specialmente dopo gli studî di Billings e dei suoi collaboratori. Sembra ad ogni modo che si debba andar cauti prima di ammettere una relazione eziologica fra un quadro clinico così chiaro e tipico, quale è quello dell'anemia perniciosa, e lesioni tanto frequenti, come ascessi periapicali, tonsille infette ed altri simili focolai infettivi. Le anemie dovute ad infezione, quali si osservano nelle malattie settiche, sono del tipo nettamente secondario e svaniscono con la guarigione della malattia primaria. Può darsi però che nel corso della malattia certi focolai infettivi esercitino degli effetti dannosi meno definiti, senza però alcuna relazione causale.

In 12 casi dell'A. vennero trattati e guariti dei focolai infettivi al naso, gola, seni, denti, apparato gastro-intestinale ed urinario. In questi ammalati però la malattia non ebbe decorso diverso dagli altri, nè per la durata della vita, nè per l'estensione od il grado delle remissioni.

Ad ogni modo però, pure ritenendo che tali focolai possano comunque essere la causa dell'anemia perniciosa, è bene eliminarli per i possibili effetti benefici.

Le *conclusioni* che l'A. trae da un punto di vista puramente obiettivo sono le seguenti:

1° Non vi è nulla che dimostri che la trasfusione, la splenectomia o l'eliminazione dei focolai infettivi prolunghino la vita dei pazienti di anemia perniciosa.

2° La trasfusione, praticata nel tempo in cui la malattia non è allo stato refrattario, porta alla remissione nella metà dei casi e fa salire il numero delle emazie ad un livello più alto che nei casi non trattati.

3° Tali pletore artificiali non aumentano la durata della remissione, sebbene i pazienti accusino un senso di benessere finchè le emazie sono numerose.

4° Talvolta invece i pazienti sono refrattari alle trasfusioni, come ad ogni altro metodo di trattamento.

5° I sintomi dipendenti dal sistema nervoso centrale risentono poco beneficio dalla trasfusione o dalla splenectomia, come dagli altri metodi di terapia.

6° La conservazione nell'organismo del sangue trasfuso non viene influenzata dalla splenectomia. A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Il trattamento operativo della epilessia.

(O. KALB. *Deutsche med. Woch.*, n. 5, 1917).

Accanto a fautori entusiastici della terapia chirurgica, quali il Kocher ed altri, vi sono autori, come l'Oppenheim, i quali si fanno sostenitori di tutt'altro principio. Tali disaccordi riguardano unicamente la epilessia essenziale, perchè in casi di epilessia traumatica, o riflessa, l'accordo è completo sul trattamento chirurgico.

La forma riflessa può essere determinata da cicatrici, cisti, o da qualsiasi altra alterazione patologica, che abbia specialmente la sua sede nella zona corticale motrice. Da essa parte lo stimolo dell'attacco convulsivo, che poi si propaga per condurre a movimenti convulsivi generali, tonici e clonici. La riprova che l'attacco epilettico sia da ricercarsi nella zona corticale motoria fu sperimentalmente data da Fritsch, Hitzig ed altri, i quali, estirpando alcune zone corticali, fecero scomparire i movimenti convulsivi. Per la origine corticale di queste epilessie depone anche il fatto che, determinandosi una interruzione completa delle vie motrici, per esempio nella capsula interna, si sottrae al movimento convulsivo la metà del corpo paralizzata (esempio di vecchia epilessia scomparsa dopo un colpo apoplettico).

Questi fatti costituirono la base per gli interventi chirurgici ed indussero il Krause ad ammettere la esistenza di un centro convulsivo primario ed a raccomandarne la estirpazione. In seguito però alla estirpazione di un buon tratto di corteccia residuano emiparesi ed emiplegie, le quali regrediscono per lo più in un tempo più o meno lungo, ma in parecchi casi rimasero anche permanenti. Perciò l'autore ritiene giustificata la descrizione di un suo metodo, col quale riuscì ad interrompere gli attacchi di epilessia corticale, senza che residuassero poi gli accennati disturbi del movimento. Si trattava di una ragazza di 14 anni, il nonno della quale soffrì di epilessia. Nel primo anno di vita ebbe paralisi cerebrale infantile. Da allora paresi spastica ed emiipotrofia della metà destra del corpo: nessun disturbo psichico. Dall'età di 10 anni si manifestarono attacchi epilettici, sempre più frequenti, e la bambina, che prima era ubbidiente e studiosa, divenne ribelle, iraconda e pigra. Negli ultimi mesi si manifestarono anche gravi stati di emicrania. All'esame fisico si trovò una paziente ben sviluppata, di mediocre intelligenza, di memoria un po' al di sotto della norma. La metà destra del corpo è in istato spastico paretico, e presenta fenomeni di atassia. Gli arti di destra sono entrambi 2 cm. più corti di quelli di sinistra: la circonferenza degli arti di destra è del pari di circa 2 cm. di meno di quella degli arti di sinistra. Non si rilevano disturbi della sensibilità obiettiva. I riflessi tendinei della metà destra del corpo sono tutti molto aumentati: da questo lato esiste il sintoma di Babinski. Appena interessato è il faciale inferiore destro: non esistono notevoli disturbi del linguaggio, nè dei movimenti della lingua, nè della oculomozione. Gli attacchi cominciano per lo più con un grido, poi si manifestano quasi contemporaneamente negli arti di destra violente contrazioni toniche, le quali, dopo poco, passano ai muscoli della faccia, bilateralmente, ed agli arti di sinistra. Seguono poi le convulsioni cloniche generali, e l'intero attacco termina con un sopore, che si protrae per alcune ore. Sin dall'inizio dell'accesso la coscienza è completamente assente.

Essendo ribelli gli attacchi convulsivi alle cure mediche istituite e tenendo presenti le alterazioni psichiche di già esistenti ed il loro possibile peggioramento, per desiderio dei genitori Kalb decise l'intervento chirurgico. Previa anestesia locale e la formazione di un lembo osteo-plastico, grande quanto una palma di mano, mise allo scoperto la zona motrice di sinistra. Nulla si riscontrò all'esame della dura, che fu incisa. Essa non era aderente; ma sulla superficie del cervello, e specialmente verso il mezzo e la base della frontale e parietale ascendente, si scorgevano estese alterazioni della corteccia cerebrale, che appariva

infiltrata di numerosi punti bruno-rossicci, grandi quanto una lenticchia, parte dei quali contenevano piccolissime cisti. Poichè l'estirpazione totale della zona alterata avrebbe avuto come certa conseguenza una paralisi completa e duratura degli arti di destra, si decise di estirpare delle parti alterate circa 12 isole, della grandezza di un pisello, fino alla profondità di 5 mm.; esse costituivano circa i 2/3 delle parti alterate della sostanza grigia. Le lacune risultanti dalla estirpazione si ridussero subito di volume e l'emorragia fu insignificante. La dura fu chiusa con punti di sutura a bottone, senza drenaggio: si riapplicò il lembo cutaneo-periosteo e si suturò di nuovo la cute.

Durante l'intervento la malata dava risposte chiare e muoveva, se richiesta, gli arti di destra: durante la sutura della dura l'inferma cadde però in istato soporoso, dal quale si riebbe ben presto. Si notò allora notevolissima l'emiparesi destra, ed un grave disturbo del linguaggio: la malata comprendeva le parole parlate, o scritte, ma non poteva ripeterle, nè dirle spontaneamente; così pure era incapace a denominare gli oggetti presentati, che però riconosceva ed adoperava bene. Nei primi giorni, dopo l'intervento, la temperatura salì fino a 38°.2; la guarigione chirurgica però avvenne quasi del tutto regolarmente.

Dopo la prima settimana migliorarono notevolmente i disturbi del linguaggio e l'emiparesi destra: dopo quattro settimane l'inferma poteva camminare col semplice aiuto di un bastone; solo persisteva l'atassia; qualche difficoltà incontrava nella formazione di frasi lunghe e complicate.

A distanza di 1 anno e mezzo dall'operazione chirurgica non si sono più manifestati gli accessi; non è più irritabile e l'intelligenza è migliorata; scomparso è ogni disturbo del linguaggio, e l'emiparesi si è certamente ridotta in confronto di quella, che preesisteva all'atto operativo; può la paziente camminare senza bastone, portando anche dei pesi. Benchè il tempo trascorso (1 anno e mezzo) non si debba ritenere sufficiente per risolvere il quesito della guarigione definitiva di questi epilettici, tuttavia le probabilità sono molto grandi e tali da incoraggiare il trattamento chirurgico in casi consimili.

Relativamente alla tecnica operatoria molto importante è adoperare anche nell'età giovanile la narcosi locale, potendosi arrischiare l'operazione anche in un solo tempo. Il lembo cutaneo-periosteo non deve essere troppo piccolo, per rendere possibile una visione larga, specie quando non fu possibile una localizzazione cerebrale molto esatta.

Particolarmente importante è però fare in questi casi, nei quali esiste già una emiparesi, una estirpazione quanto più è possibile economica e solo in forma di isole delle parti della corteccia alterate, anche se capiti di dover lasciare qualche isola di corteccia malata in sito. La diminuzione quantitativa della somma dei singoli punti di partenza degli stimoli della corteccia è causa della soppressione degli attacchi e della guarigione della epilessia, senza fare ulteriormente peggiorare la paresi degli arti, determinata dalla meningo-encefalite infantile.

P. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Adunanza ordinaria del 24 marzo 1918.

Presiede il presidente prof. VINCENZO DE GIAXA.

L'importanza della malaria per l'agricoltura e gli studi sul terreno malarico.

Dott. G. ROSSI. — Dopo un esame delle ragioni per le quali spesso la malaria rappresenta un ostacolo all'occupazione permanente del suolo, non solo in Africa od America, ma anche in Europa, mette in rilievo le illusioni, derivate dalla conoscenza che il parassita protozoo compie una evoluzione a ciclo chiuso fra l'anofele e l'uomo, di vincere facilmente, mediante la bonifica umana e la protezione meccanica, il flagello malarico, che fu creduto un colosso dai piedi di creta.

Migliore risultato non si ottenne dalla lotta diretta e da quella biologica contro l'anofele.

La scoperta poi dell'anofelismo e paludismo senza malaria, e l'altra che l'anofelismo è piuttosto la regola anzichè l'eccezione, dimostrarono che l'equazione: « uomo + anofele = malaria » era incompleta, sicchè dovette essere supplita da quella: « uomo + anofele + x = malaria ». Onde una nuova formola è stata suggerita dal Rossi, e cioè: ove è malaria quivi è l'anofele che la trasmette. Che non fosse però il caso di disperare di ogni progresso, risulta dalle seguenti constatazioni:

1° È realmente possibile vivere nei luoghi malarici per mezzo della profilassi moderna in genere e chininica in ispecie, usando appena un po' di buona volontà.

2° La bonifica idraulica cui tenga dietro la bonifica agraria, cioè la coltivazione intensa del suolo già malarico, risana le regioni malariche.

L'O., dopo aver ricordato gli studi oggettivi e sistematici che hanno condotto a tali conclusioni, cita i principali contributi portati in questo senso dalla Stazione agricola-antimalarica di Portici, che egli dirige, e viene alle seguenti conclusioni:

1° Esiste certamente un nesso positivo fra coltivazione intensa del suolo e diminuzione ed anche scomparsa della malaria, senza che questo fatto possa sempre mettersi in rapporto con una dimi-

nuzione delle acque superficiali, capaci di albergare larve di anofeli.

2° Nè la gravità numerica della malaria (ossia il coefficiente di morbilità) nè la gravità delle infezioni (ossia il coefficiente di perniciosità) sono affatto in relazione col numero degli anofeli di un territorio.

3° Nessuna differenza si è potuta ancora trovare tra gli anofeli innocui di una zona risanata e l'anofele terribile delle zone pestifere.

4° Nella maggior quantità dei casi si è potuto e si può nettamente vedere che il retrocedere spontaneo della malaria è stato contemporaneo all'avanzarsi della intensificazione della cultura (ossia del rimaneggiamento del suolo), e non già dell'intero territorio (in modo da far supporre che ciò possa essere dato da una diminuzione delle acque superficiali), ma bensì di quella sola parte che restava liberata dalle acque e perciò suscettibile di cultura.

La scienza deve ancora spiegarci il misterioso legame che passa tra la malaria ed il terreno. Le ipotesi che in proposito possono concepirsi, le più geniali delle quali sono citate dall'O., sono moltissime. Pertanto lo studio dev'essere rivolto al terreno, finora trascurato.

L'O. termina appunto accennando ai metodi con i quali tale studio dev'essere condotto ed espone quelli seguiti dalla Stazione da lui diretta, che ormai da 17 anni si occupa dei rapporti fra malaria ed agricoltura.

Prof. E. DE RENZI. — Io approvo pienamente l'importantissima relazione letta all'Accademia dal collega dott. Rossi, ma per mio conto, pur riconoscendo la grande efficacia della bonifica agraria, così validamente sostenuta dal dott. Rossi, credo indispensabile, nello stato attuale della scienza, di dar valore alle altre bonifiche essenzialmente diverse dall'agraria.

La patogenesi della malaria è molto complessa e non può essere intieramente risoluta, ammettendosi esclusivamente i due fattori Uomo e Zanzara. Però colla bonifica detta *umana*, che consiste non nella profilassi antimalarica, nè nella cura medica dell'infezione già sviluppata, ma nello sterilizzare completamente e distruggere tutti i germi esistenti nel corpo umano, si può senza dubbio far diminuire notevolmente ed anche far scomparire la malattia in una data regione. Ricordo il tempo che dirigevo la campagna antimalarica in provincia di Caserta: inviai nelle località più affette i migliori assistenti della mia clinica (dottori Polito e Marenduzzi); questi, con lavoro penoso, continuò, accuratissimo, riuscirono a far scomparire in alcune località interamente le febbri perniciose, e poi in gran parte od anche del tutto le febbri comuni. A Vico Pantano, ad esempio, la bonifica umana produsse benefici meravigliosi. Nello stesso tempo m'avvidi delle difficoltà enormi di tale cura.

La bonifica *idrica* in alcune località ha distrutto la malaria. L'efficacia della bonifica idrica per noi napoletani si è mostrata fino all'evidenza dal *Risanamento di Agnano* e da una specie di bonifica idrica naturale avvenuta negli anni decorsi a Civitanova, che era il paese più infetto delle Puglie.

Se si ricordano gli esempi di bonifica umana, di bonifica idrica e gli esempi di bonifica ottenuti colla distruzione delle zanzare, si dovrà convenire che non si può oggi con una formula ristretta abbracciare il vastissimo problema della profilassi antimalarica.

Allorchè tra noi, in Italia, si parla di malaria, al nostro pensiero memore e riconoscente ricorre il nome di Guido Baccelli. Fu infatti questo clinico geniale che nei momenti di maggiore entusiasmo per la teoria anofelica sostenne nei congressi e dalla cattedra che nella patogenesi della malaria, oltre all'uomo ed al parassita, esiste un altro elemento che tuttora ci sfugge. Io aggiungo come doveroso ricordo che il Baccelli, nel cui animo dominavano egualmente l'amore alla scienza ed alla patria, fu il primo a promulgare da Roma una sapiente e benefica legge per il risanamento nell'Agro Romano. Noi medici, che conosciamo tutta l'importanza dell'opera del Baccelli, dobbiamo ricordarla con ammirazione ed entusiasmo!

Il prof. DEL GAIZO osserva che il monito riferito dal dott. Rossi, circa il doversi armonizzare la moderna e l'antica sapienza, *Novi veteribus non opponendi, sed quood fieri potest, perpetuo iugendi foedere,* non essere del Lancisi, ma del Baglivi: lo insegnò questi nella sua *De praxi medica*.

Avendo, però, il dott. Rossi reso il ricordo storico della completa restaurazione igienica di alcune terre dell'antico Stato pontificio, come la provincia di Macerata, già precedentemente malarica, il prof. Del Gaizo invita il dott. Rossi perchè nei suoi tentativi di restaurazione a base agraria tenga presente quel capolavoro di dottrina che fu elaborato dal Lancisi per la reintegrazione dell'Agro Romano, *De noxiis paludana effluviis:* nel Lancisi prevaleva il concetto di una reintegrazione a base idraulica, ma egli non trascurava lo studio dell'efficacia delle piante, specie il problema della conservazione dei boschi. Di una restaurazione a base agraria aggiunge il prof. Del Gaizo essersi fatto, è meno di mezzo secolo, promotore in Italia il benemerito veneto senatore Luigi Torelli, consigliando, su larga scala, le piantagioni di *eucalyptus:* in quel tempo era in voga l'efficacia dell'ozono sull'andamento normale della vita umana, ed all'*eucalyptus* attribuivasi pure potere ozonogenico.

Essendosi il dott. Rossi fermato su regioni malariche in latitudini uguali a quelle in cui è compresa l'Italia, gli si rivolge il consiglio di tener conto anche di regioni nordiche, tra cui alcuni paesi littorali dell'Olanda, i quali però sono stati del tutto risanati, come ne riferì il Celli in uno dei suoi volumi sulla malaria.

Al sen. De Renzi il Rossi risponde che degli studi e delle opinioni del Baccelli ha tenuto conto; da lui apprese il detto: «La malaria la calpestiamo coi piedi». Conviene nel valore della *bonifica umana*, ma è impossibile dare a tale mezzo in pratica l'estensione che dovrebbe avere, come accade di qualunque altro metodo di lotta. Termina riconfermando la propria opinione, che occorre volgersi allo studio di quel meccanismo per cui la natura risana a volontà regioni malariche, studio e risanamento indubbiamente legati col terreno. S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MALATTIE DEL SISTEMA DIGERENTE.

Come comincia e come finisce l'aerofagia.

L'aerofagia è stata studiata sotto diversi punti di vista, ma nondimeno, secondo Lyon, essa rimane una sindrome unica; l'aerofagico è un dispeptico che inghiottisce aria in quantità e con frequenza anormali. Quest'anormalità è legata a due cause principali. Prima: il dispeptico inghiotte aria poichè sente una sensazione dolorosa epigastrica, che cerca di fare scomparire mediante profonde inspirazioni, che dovrebbero alleggerirgli lo stomaco: con queste inspirazioni manda aria nell'esofago, e quindi nello stomaco. Riuscendo a procacciarsi con tal mezzo un certo sollievo, egli lo ripete fino a sistematizzarlo. Seconda: in alcuni casi il dispeptico ingoia maggior quantità di saliva e con essa abnormi quantità di aria.

Occorre dunque, per divenire aerofagi, essere dispeptici, sia con atonia gastrica, per cui lo stomaco si lascia facilmente distendere, dando la sensazione di peso doloroso, sia con iperestesia gastrica, per cui anche piccole quantità di gas eccitano la mucosa stomacale, sia infine con scialorrea, abitualmente legata ad ipercloridria.

A ciò aggiungasi un fattore comune, la predisposizione neuropatica, che crea l'ossessione del tic aerofagico.

Messe le cose sotto quest'angolo di luce, il Lyon (*Presse méd.*, n. 66, novembre 1917) traccia la cura dell'aerofagia.

Bisogna anzitutto curare la gastropatia, che è il fondamento spesso dell'aggravarsi del substrato nervoso.

L'atonia gastrica, quando esiste, va combattuta con i massaggi, l'idroterapia, la ginnastica viscerale, l'uso di una cintura elastica.

L'alimentazione deve essere appropriata e fatta di regime misto; si raccomandi di masticare lentamente; si riducano al minimo le bevande durante i pasti, concedendole invece moderatamente e calde a distanza di 2-3 ore da questi. Bisogna tener presente che molti dispeptici si alimentano insufficientemente, aggravando il loro stato neurastenico.

Dei medicamenti vanno in prima linea raccomandati i dialitici od eccitosecretori: il Lyon insiste su queste formule:

Fosfato di sodio . . . . gr. 5
Cloruro di sodio . . . . » 3
Acqua distillata . . . . » 1000

un bicchiere, tiepida, il mattino a digiuno e la sera prima di pranzo.

Bicarbonato di sodio . . gr. 40
Fosfato di sodio secco . . » 40
Cloruro di sodio . . . . » 10
Solfato di sodio . . . . » 10

un cucchiaino in acqua tiepida, c. s.

Esistendo iperestesia gastrica nervosa, ricorrere agli analgesici: codeina, bromuri, valerianati, acqua cloroformica (a cucchiai, in acqua dopo i pasti), belladonna (6-8 gocce di tintura prima dei pasti) o solfato di atropina:

Solfato neutro d'atropina centigr. 1
Acqua distillata . . . . . . gr. 10

5 gocce prima dei pasti.

Ove la dispepsia sia legata alla presenza di un'ulcera, che dalla distensione aerofagica viene resa più dolorosa e più facilmente sanguinante, si istituirà la cura dell'ulcera. In tal caso si dia, fra l'altro, la precedenza al bismuto (carbonato o sottonitrato, 5 gr. al giorno) o alla magnesia bismutata:

Carbonato di bismuto . . . gr. 2-3
Magnesia . . . . » 1

p. 1 *cachet*, 3 al giorno, 2 o 3 dopo i pasti.

Il riposo a letto può essere sotto molti punti di vista raccomandato.

Si curi adattatamente lo stato neurastenico, con medicamenti, psicoterapia, isolamento (negli isterici), ecc.

Si è cercato di combattere la scialofagia con mezzi meccanici (tenendo il bocchino o un tappo fra i denti, legando un nastro sotto la tiroide), ma con esito scarso.

Nei lattanti l'aerofagia si cura regolando le poppate, facendole fare lentamente, staccando spesso il bambino dal seno; massaggio e compresse calde sullo stomaco; piccole dosi di fosfato di sodio (0.25 gr.) o di solfato di sodio (0.10 gr.), in acque aromatiche o latte.

G. SABATINI.

La dispepsia degli sdentati.

A. Mollière (*Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, 1917, n. 6) esamina lo stato dispeptico degli sdentati, specialmente dal punto di vista della medicina militare; le sue interessanti osservazioni si possono però estendere anche alla pratica civile.

I soldati sdentati possono dividersi in due grandi categorie: quelli che lo erano prima della guerra e quelli che lo sono in seguito a questa.

Appartengono alla prima: *a*) i contadini che hanno perduto i denti in causa di acque cattive o per consumo eccessivo di pane o di sidro

(Normandia, Beauce). Essi alle loro case, mangiando lentamente e con un'alimentazione vegetariana, non avevano sofferenze: il regime delle carni e delle conserve è invece fatale per essi, si ha rammollimento delle gengive, carie, ascessi, denutrizione e infezioni gastro-intestinali; *b*) altri individui, in minor numero, che da borghesi, mangiando poco, scegliendo i loro cibi, e con l'uso di dentiere, non avevano sofferenze. Anche per questi però il nuovo vitto o l'impossibilità di rimettere a nuovo le dentiere portano come conseguenza uno stato dispeptico e un decadimento della nutrizione.

Gli sdentati divenuti tali in seguito alla guerra, oltre a quelli di pura spettanza chirurgica, debbono la loro infermità a carie multiple in conseguenza del freddo, di azione demineralizzatrice, od a caduta dei denti di origine trofica; talvolta è in causa una commozione cerebrale, una ferita dei seni, una malattia pregressa.

Dal punto di vista clinico i dispeptici per cattiva dentizione si dividono nei seguenti gruppi:

1. *Tachifagi.* — Di solito forti mangiatori a cui l'alimentazione non sovrabbondante del soldato è abbastanza favorevole mentre la minore ingestione di liquidi aiuta loro la digestione; generalmente hanno ripugnanza per i grassi. Quando vengono evacuati in seguito a ferita od a malattia, ridivengono dispeptici.

2. *Gli ipoalimentati.* — Sono gli sdentati che soffrono per denti cariati, gengive dolenti che si ulcerano. Lo sdentato che mangia poco perchè soffre mangiando, arriva presto all'anoressia ed alla perdita delle forze: esso fornisce il più forte contingente alle febbri tifoidi e paratifoidi, per la sua diminuita resistenza alle infezioni, tanto più essendo di solito uno stitico.

3. *Gli infetti.* — Questi, al contrario, non si lamentano. Sono generalmente individui trascurati che non soffrono per i mozziconi nerastri di dente, e delle periodontiti. Spesso, invece, si ammalano per angine, e soprattutto per coliche e diarree. L'estrazione dei denti, dei gargarismi all'acqua ossigenata, danno migliori risultati che l'oppio, il bismuto od i fermenti lattici. Questi individui masticano di solito lentamente, e di rado si lamentano del loro stomaco; spesso invece vanno soggetti ad enteriti febbrili, che all'inizio si presentano piuttosto gravi, sebbene poi guariscano abbastanza rapidamente.

Evidentemente questa classificazione è schematica, poichè un individuo può appartenere a tipi diversi, simultaneamente o successivamente.

Per il trattamento l'A. consiglia le misure seguenti:

1. L'ammalato non deve soffrire mangiando, quindi gargarismi con acqua ossigenata debole o con perborato di sodio. Nel caso di gengive ulcerate o troppo sensibili, spennellature con acido cromico 1/500 prima di ogni pasto od eventualmente con nitrato d'argento.

2. L'ammalato non deve perdere l'abitudine di masticare; sono quindi da abolire i pasticci e le *purées*: i cibi debbono essere ben cotti, ma conservare (p. es. i legumi) la loro forma primitiva in modo da permettere la masticazione.

3. Lo sdentato, munito del suo apparecchio, potrà poi ritornare al fronte, non deve quindi perdere l'abitudine del regime carneo; si condiranno i cibi con succo di carne e si provvederà *il masticatore* (uno per 100 uomini è sufficiente), con cui si potranno utilizzare le parti di carne e di verdura, che altrimenti verrebbero gettate.

4. In causa della cattiva masticazione vi è anche una insufficiente salivazione: questa deve quindi venire aiutata con aromi (sale, pepe, timo, cipolle, ecc.) in quantità non eccessiva, per evitare poi una dispepsia da aromi. Il regime scipito può essere utile in tempo di pace; nelle condizioni attuali non è invece consigliabile.

Per il trattamento con medicinali sarà sufficiente poca cosa: agli individui che si lamentano di pirosi, la polvere di rabarbaro composta (rabarbaro e bismuto ana gr. 30; bicarbonato di sodio gr. 150); un cucchiaino da caffè prima dei pasti; nei casi di diarrea l'oppio, il calomelano, il solfato di sodio a piccole dosi, secondo le condizioni dell'addome. Una volta poi fornito di apparecchio lo sdentato che l'adopera a dovere cessa di essere un dispeptico.

FIL.

TERAPIA.

Gl' ipnotici.

SULFONAL. — Dietilsulfondimetilmetano. Cristalli bianchi difficilmente solubili in acqua, con scarso sapore.

Si usa come sonnifero in parecchie circostanze, anche in psichiatria; il sonno incomincia dopo ½ ora-2 ore e dura 4-8 ore. Il medicamento va sciolto in acqua calda, oppure si deve bere dopo di esso molta acqua; in tal modo si provocheranno più raramente le azioni accessorie.

Dosi: nell'uomo gr. 1-1.5; nella donna gr. 1; nei bambini gr. 0.1-0.5.

Dosi massime: gr. 2 per volta e gr. 4 per giorno.

Azioni accessorie. — Fenomeni da parte del sistema nervoso e digerente, irritazione delle vie orinarie (albuminuria, metaemoglobinuria, ematoporfirinuria): talvolta, in seguito a lungo uso si ha azione cumulativa, che può anche condurre a morte.

IDRATO D'AMILENE. — Alcool amilico terziario: dimetiletilcarbinolo. Liquido incolore, che si mescola con acqua, di odore speciale, di sapore piccante. Si usa come sedativo ed ipnotico; agisce abbastanza rapidamente ed in modo fidato. È raccomandato specialmente nello stato epilettico.

Posologia. — Dosi singole: come sedativo gr. 1, come ipnotico gr. 2-3; dosi massime: gr. 4 per volta e gr. 8 per giorno; in soluzione in birra o in vino, oppure anche per enteroclisma: 2 gr. di idrato di amilene corrispondono a circa 1 gr. di cloralio idrato.

Azioni accessorie. — Fenomeni da parte del sistema nervoso, nausee, vomito.

Prescrizioni. — Idrato di amilene gr. 3, acqua distillata gr. 70, mucillaggine q. b. per 100, per un enteroclisma; oppure: idrato di amilene gr. 5, acqua distillata gr. 70, sciroppo di corteccia d'arancio q. b. per 100, da prenderne la metà alla sera.

TRIONAL. — Metilsulfonal, dietilsulfonmetiletilmetano. Cristalli bianchi difficilmente solubili in acqua fredda.

In questo composto, per l'aggiunta di un altro gruppo metilico al sulfonale, viene aumentato il potere ipnotico: quando si prenda, disciolto in sufficiente quantità di acqua calda, subentra in ½-1 ora il sonno assai simile al fisiologico, che dura per 6-8 ore; l'azione può venire aumentata aggiungendovi la paraldeide, (2 gr. + 1 gr. di trional).

Posologia. — Dosi singole, gr. 1; dosi massime, gr. 2 per volta e gr. 4 per giorno; nei bambini dai 3 ai 12 anni, da gr. 0.1 a 0.5.

Azioni accessorie. — Come per il solfonal, però meno intense e frequenti; sono state osservate anche intossicazioni croniche.

URÉTANO. — Etiluretano: etere etilico dell'acido carbaminico. Cristalli incolori, facilmente solubili in acqua, di sapore salato. Non provocano danni, ma hanno altresì scarsa azione sedativa (gr. 1) o ipnotica (gr. 2-4); nella pratica infantile, a dosi più piccole per enteroclisma. È ormai quasi in disuso.

EDONAL. — Metilpropilcarbinoluretano. Polvere difficilmente solubile in acqua, con sapore di menta. A dosi di gr. 1-3 (in ostia) provoca un sonno tranquillo.

Azioni accessorie. — Diuresi aumentata, nausee, eruttazioni, vomiti, cefalee. Gli alcali decompongono il preparato.

VERONAL. — Acido dietilbarbiturico, dietilmalonilurea. Cristalli bianchi leggermente amari poco solubili in acqua fredda (1:145) più facilmente nella calda (1:12); facilmente solubili in mezzi alcalini (succo intestinale). Il sale sodico (Medinal) è facilmente solubile in acqua e contiene il 90 % di veronal.

Usato come ipnotico, sia nella semplice insonnia dei neurastenici, come negli stati di eccitamento degli psicopatici; raramente inattivo, possiede, a dosi terapeutiche, azioni accessorie non pericolose.

Raccomandato come sedativo anche nel mal di mare, *hyperemesis gravidarum*, pertosse, epilessia. Somministrato 1-2 ore prima della operazione, può diminuire le azioni dannose del cloroformio.

Somministrato ben disciolto, provoca entro mezz'ora un sonno che dura fino ad 8 ore. Piccole dosi vengono rapidamente eliminate con l'urina.

Posologia. — Dosi singole gr. 0.3-0.5 (massimo 0.75), per giorno, massimo gr. 1.5; nei bambini gr. 0.02-01 per volta. Da somministrarsi in acqua calda o the. Negli stati di eccitamento si possono dare dosi più alte. Il sale sodico, più facilmente solubile, può somministrarsi anche per iniezioni o per enteroclisma.

Azioni accessorie. — A dosi terapeutiche non si hanno generalmente disturbi del cuore, respiro o sistema uropoietico. Gli eventuali fenomeni tossici sono dati da malessere, sonnolenza eccessiva, coma, incesso barcollante, vertigini, amnesia, parola balbettante, perdita d'appetito, vomiti, polso debole ed irregolare, irritazione renale, edèmi, prurito, eruzioni cutanee. Nelle intossicazioni croniche si hanno gravi fenomeni nervosi e marasma. L'intossicazione acuta si rivela col quadro di coma grave: al principio il polso ed il respiro sono abbastanza buoni. Dose mortale circa 5 gr. Contro l'avvelenamento si useranno, come per la morfina, le lavature di stomaco e gli analettici.

L'azione del veronal può essere aumentata mescolandolo alla morfina o ad altri sedativi; così, per esempio: veronal gr. 0.3, cloridrato di morfina gr. 0.01, da prendersi disciolta in acqua calda; oppure: veronal sodico gr. 1.5, acqua distillata gr. 75, acqua di valeriana gr. 20, sciroppo di altea q. b. per 120. Ogni due ore un cucchiaio da the (nella pertosse).

Ordinando l'acido dietilbarbiturico, si realiz-

za una economia, non trattandosi di nome brevettato, come il veronal.

DIAL. — Acido diallilbarbiturico. Scaglie cristalline bianche, difficilmente solubili in acqua, facilmente solubili in alcali. Si usa come ipnotico e calmante, a dosi molto più piccole che il veronal (gr. 0.1, nei casi più gravi gr. 0.2-0.3; come sedativo bastano 5 centigr.). Si somministra un'ora prima del sonno, in the caldo. Non vennero osservate azioni accessorie.

LUMINAL. — Feniletilmalonilurea. Cristalli bianchi appena solubili in acqua, facilmente solubili in alçali. Si usa come il veronal, di cui però è più attivo; è stato ultimamente raccomandato per calmare gli accessi convulsivi tetanici.

Posologia. — Gr. 0.2-0.4 per volta (dòsi minori nelle donne e bambini); come calmante bastano dosi di gr. 0.1-02. Le dosi di gr. 0.4 vanno usate con prudenza e solo nei psicopatici.

Azioni accessorie. — Come per il veronal, speciale prudenza nelle alterazioni del cuore e dei vasi nonchè nella nefrite.

È usato il sale sodico del Luminal anche per iniezioni, che vanno fatte molto profonde, per evitare necrosi.

PARALDEIDE. — Liquido incoloro, dall'odore aldeidico, dal sapore un po' bruciante, che si mescola bene con acqua. Si usa come ipnotico e calmante specialmente negli stati di eccitamento dei psicopatici. Ha il vantaggio di influire poco sugli organi circolatorî e di agire rapidamente ed in modo sicuro. Gli svantaggi consistono invece nell'odore ripugnante emanato nell'espirazione, e nella irritazione delle mucose quando non è sufficientemente diluito; provoca inoltre stato di ebbrezza, come l'alcool; è facile l'abitudine al rimedio.

Si somministra a dosi di 3 gr. (massimo gr. 5 per volta e 10 per giorno) unitamente a qualche correttivo. È poco usato, meno che nella pratica psichiatrica. Si dà diluito in acqua, in ragione p. es. di 10 gr. di paraldeide per 150 di liquido, con sciroppo di corteccia d'arancio, succo di limone, ecc.

CANAPA INDIANA. — Haschisch. Estratto dalla *Cannabis sativa* var. indica. I preparati galenici sono:

Estratto in pòlvere o pillole: cinque-dieci centigrammi.

Tintura 15-20 gocce, più volte al giorno.

Spesso le preparazioni di canapa indiana si trovano in specialità farmaceutiche ad azione narcotica. *ini.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La conservazione delle emazie viventi

Per mezzo di esperimenti di trasfusione, praticati su dei conigli, in cui una gran parte di sangue veniva sostituita con altra, opportunamente conservata, Peyton Rous e J. R. Tumer (*Journ. of experim. medicine*, 1916, pag. 247) hanno dimostrato quanto segue.

Le emazie conservate in miscele di sangue, citrato di sodio, saccarosio ed acqua per 14 giorni, quando vengono reiniettate, rimangono in circolazione e l'animale non mostra alcun disturbo; la numerazione dei corpuscoli sanguigni, il dosamento dell'emoglobina e la percentuale delle emazie reticolate, rimangono immutate. Le emazie conservate per un periodo più lungo, sono apparentemente intatte, ma quando vengono usate per la trasfusione, sono rapidamente sottratte dalla circolazione; gli animali però non ne risentono alcun disturbo salvo un'anemia progressiva. Nel dissanguamento spinto all'estremo, il sangue perduto può venire sostituito anche con tali emazie conservate a lungo. Questi fatti potrebbero venire anche applicati all'uomo.

Secondo gli AA., la soluzione di Locke provoca emolisi; essi hanno trovato conveniente la miscela di 3 parti di sangue con due di soluzione isotonica (3.8 %) di citrato di sodio e 5 di soluzione isotonica (5.4 %) di saccarosio.

Le emazie umane rimangono intatte per 4 settimane, mescolando tre parti di sangue con due di soluzione isotonica di citrato di sodio e 5 di soluzione isotonica di destrosio. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(977) *La guarigione della sifilide.* — All'abbonato n. 4367:

La sifilide è guaribile: lo provano i casi di una seconda infezione, bene accertati, per quanto rari.

Non si può mai escludere la possibilità che insorgano fatti terziarii in luetici, anche se ben curati e che da moltissimo tempo non abbiano più manifestazioni.

La Wassermann positiva, se eseguita con il dovuto rigore di tecnica, si può considerare come decisiva purchè si possano escludere alcune infezioni che sogliono dare anche esse la stessa reazione (lebbra, malaria, scarlattina, ecc.).

Nessuno può escludere dai soli fatti obbiettivi l'esistenza di una lues: l'anamnesi nega-

tiva, la R. W. negativa, l'assenza di alterazioni di nodi linfatici, di leucoplasie della mucosa boccale, di alterazioni ossee, di cicatrici con i particolari caratteri di quelle dei sifilidermi, ecc., possono peraltro permettere di escludere con molta probabilità l'esistenza della infezione.

Il luetico, anche in condizioni ottime di salute e dopo lungo tempo da che non si ebbero più manifestazioni, può contagiare direttamente la moglie. A parte il caso della sifilide concezionale (da molti negata) sembra provato che i prodotti delle secrezioni fisiologiche (sperma, p. e.), al contrario di quanto si credeva un tempo, possono trasmettere la lues anche in assenza di manifestazioni in atto.

Il calomelano è sempre il rimedio preferibile. Nei casi con manifestazioni cutanee o mucose di una certa gravità, specie se ribelli al mercurio, il neo-salvarsan risponde benissimo come cicatrizzante. Così pure è consigliabile nei primi stadii dell'infezione per attenuarne il decorso. Crediamo però sempre indispensabile anche la cura mercuriale.

V. MONTESANO.

(978) *Sulla cura dell'uretrite gonoccica acuta.* — All'abb. n. 2476:

Non è possibile riassumere un argomento così vasto e complesso nella «Posta». Ci basterà l'accennare che nelle uretriti blenorragiche acute, specie se complicate (epididimite, ecc.), è consigliabile l'uso di sieri o di vaccini antigonococcici, e che nelle forme croniche le indicazioni terapeutiche risultano essenzialmente dalla presenza od assenza del gonococco nell'essudato uretrale, dalle localizzazioni del processo (uretra posteriore, prostata, ecc.) e dalla sua maggiore o minore diffusione in profondità.

V. MONTESANO.

(979) Al dott. V. B., Zona di guerra:

Il metodo per la cura della blenorragia con l'anidride solforosa è stato ampiamente riassunto da un articolo della *Presse médicale* del 3 gennaio 1918, nella Sezione pratica di questo giornale, 1918, fascicolo V, pag. 116.

V. MONTESANO.

(980) Al dott. A. R. abb. n. 1256:

Un mezzo facile e spedito per togliere dai capelli le uova (*lendini*) dei pidocchi dopo guarita la pediculosi è il seguente. Si lavi dapprima assai bene la testa con acqua saponata o con decozioni di corteccia di Panama (*Quillaia saponaria*) o di radici di Saponaria (*Saponaria officinalis*) al 25-30 per mille.

Poscia, asciugata la testa, si bagnino i capelli con aceto di vino e si pettinino con un pettine fitto imbibito dello stesso aceto, il quale ha la proprietà di diminuire l'adesione delle uova ai capelli.

Infine si può risciacquare la capigliatura con acqua tepida, asciugandola poscia accuratamente.

G. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

F. ALZONA. *La Patologia della «S. Iliaca».* Tipogr. Ferraguti, Modena, 1917.

L'A. col suo lavoro si è proposto di dare la visione, il più possibile completa, della patologia del sigma colico, limitando per altro il suo studio alle affezioni ad esso esclusive, ed escludendo perciò quelle che, oltre colpire il sigma, contemporaneamente si estendono ad altre porzioni del crasso. Pur così limitato lo studio appare subito esteso notevolmente e ricco di ricerche bibliografiche e di osservazioni proprie. Molto opportunamente l'A. ha iniziato il lavoro con i ricordi embriologici ed anatomici, ai quali fa seguire lo studio delle funzioni fisiologiche della S iliaca. Tratta quindi della semeiologia di questa parte dell'intestino e delle sue varietà di forma e di posizione, dei diverticoli, della ulcera semplice, delle sigmoiditi, delle occlusioni, dei tumori, delle affezioni del mesosigma, delle alterazioni dei vasi destinati alla nutrizione della S iliaca, ed infine delle nevrosi del sigma. Lo studio è completo in ogni sua parte e notevoli contributi personali sono specialmente portati ai capitoli del macrosigma, del megasigma, delle sigmoiditi acute e ricorrenti e dei tumori. Nelle sue osservazioni l'Autore ha potuto valersi di tutti i mezzi di indagine, di cui è ottimamente provvista la clinica medica Modenese, anche dei più moderni. Fra questi, le ricerche radiologiche, consacrate in ben riuscite, nitide, dimostrative radiografie, annesse al lavoro, meritano uno speciale ricordo. Molto estesa è la ricerca bibliografica, che si presentava particolarmente difficile, mancando fino ad ora un lavoro di insieme, uno studio quanto più possibile completo e riassuntivo.

Segnalando quindi il volume agli studiosi, siamo certi di compiere opera ad essi utile e grata, fornendo in tal guisa la maniera di facilmente orizzontarsi anche in questi capitoli, che la moderna patologia ha arricchito di sintomi propri, di processi curativi di indubbia efficacia.

P. C.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli studenti del VII anno di medicina.

I giovani inscritti al 1° anno di medicina nell'autunno del 1912 saranno nel prossimo anno scolastico studenti del *settimo* anno, studenti fuori corso.

La loro situazione merita l'interessamento dei ministri della guerra e della pubblica istruzione tanto per il miglioramento del servizio medico militare come per altre ragioni di equità e di dignità professionale.

Questi studenti hanno frequentato regolarmente, in tempi normali, i primi tre corsi universitari e ne hanno superato gli esami, dimostrando così di aver acquistato la preparazione teorica fondamentale, necessaria per degnamente proseguire gli studi degli ultimi corsi e per applicarsi con profitto alla pratica medica.

Nel primo anno di guerra, destinati alle varie compagnie di sanità, rimasero a contatto di servizi sanitari. Nel susseguente anno scolastico 1916-1917 frequetarono il corso accelerato di Padova e subito dopo, nominati aspiranti medici, vennero chiamati a prestar servizio presso i battaglioni in prima linea.

Da allora fungono da medici senza esserlo, compiono validamente e scrupolosamente il loro dovere ed hanno avuto anch'essi i loro gloriosi morti e feriti.

La loro opera ha dimostrato che non esistono più ragioni tecnico-professionali, le quali impediscano di trasformarli in sotto-tenenti medici attraverso un ultimo corso accelerato. Oramai si può dire con sicurezza che essi danno pieno affidamento di poter conseguire degnamente la laurea in medicina e chirurgia.

Ma anche ragioni di equità vorrebbero che l'autorità militare prendesse provvedimenti in loro favore, assecondandone l'insegnamento e dando ai meritevoli la possibilità di far scomparire la disparità di condizione loro fatta da una sperequazione di trattamento fra gli stessi studenti di medicina, che varie circostanze hanno contribuito a creare.

Un rapido esame è più che sufficiente per dimostrare la verità di questo asserto, la necessità di provvedere.

Gli studenti inscritti al 1° anno di medicina nel 1911, grazie a due corsi accelerati, si sono laureati nell'aprile del 1917 con un anticipo di qualche mese ed ora sono quasi tutti tenenti medici.

I loro compagni dell'anno successivo (i meno favoriti dai provvedimenti presi a favore degli studenti di medicina) pur avendo acquistato in tre corsi normali la stessa preparazione teorica fondamentale, sono tuttora aspiranti, sono laureandi e, se un equo provvedimento non intervenisse, rimarrebbero tali fino a pace conclusa.

Sono aspiranti anche gli studenti inscritti al 1° anno di medicina nel 1913 e lo sono pure quelli del 1914, che hanno goduto di due corsi accelerati ed ora prestano servizio in unità di seconda linea (sezioni di sanità e ospedaletti), non presso battaglioni di prima linea.

I loro predecessori del 1912, studenti oramai fuori corso, si vedono raggiunti nel grado e nell'autorità da questi compagni più giovani, vedono i compagni di liceo raggiungere in altre armi gradi superiori, vedono promossi al grado di tenente e persino comandanti di compagnia gli aspiranti di fanteria arrivati al fronte lo scorso anno, anche quelli che hanno sì e no la licenza tecnica.

Si vedono raggiunti e sorpassati da tanti e tanti e pensano che la maggiore istruzione e l'utile opera prestata dovrebbero avere il loro peso.

Equità e dignità vorrebbero che fosse migliorata la posizione morale di questi studenti del VII anno di medicina. Nulla impedisce che vengano distratti dalla zona di guerra e siano congedati per qualche tempo affinchè possano ultimare i loro studi presso le proprie Università, come venne concesso nel 1915-1916 agli studenti inscrittisi alla Facoltà di medicina nel 1910.

A laurea conseguita lo stesso servizio medico militare sarà migliore, i neo-laureati godranno la maggiore fiducia dei soldati e, forti del loro sapere e della ben meritata nuova autorità, continueranno a prodigarsi per la Patria, dando a feriti e ammalati tutta l'entusiastica loro opera umanitaria (*).

Dott. NICOLA GAROSCI.

Per la specialità idrologica.

L'Associazione medica italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica ha diretto ai medici italiani una circolare in cui richiama l'attenzione sul fatto che l'azienda governativa dei Bagni di Salsomaggiore, nell'inviare ogni anno ai medici un formulario col quale vengono prescritte le varie cure, concede assoluta libertà di prescrizioni.

Questo sistema viene usato anche in qualche stazione balnearia estera, ma è condannato dai competenti. Non tutti i medici possono avere le nozioni esatte e precise necessarie per una prescrizione razionale. E ciò tanto più in una stazione come quella di Salsomaggiore, per la quale non basta avere cognizioni generiche sull'acqua minerale, ma questa deve essere esattamente e scientificamente conosciuta anche per quanto ha rapporto alla sua densità, alla durata e modalità delle sue applicazioni, ai suoi varî effetti nelle diverse malattie. Qualche volta gli ammalati non risentono dalle applicazioni prescritte il beneficio che da una cura metodica e scrupolosamente sorvegliata potrebbero ottenere, con danno personale e con discredito della stazione. Pur troppo nelle nostre Università, fatta qualche eccezione, non si hanno corsi nè liberi nè ufficiali d'idrologia, per cui i medici che non si occupano di proposito e volontariamente di questa branca, non possono avere delle nostre acque e delle nostre risorse fisiche terapeutiche idee tanto esatte e pre-

(*) Sullo stesso argomento l'on. Lo Piano ha presentato al Ministero della guerra un'interrogazione da noi riportata alla pagina seguente. (*N. d. Red.*).

cise da essere coscienziosamente autorizzati a prescrizioni tassative.

Nell'interesse dell'idrologia nazionale e degli ammalati l'A. M. I. d'I. C. e T. F. si rivolge ai medici italiani e rammenta loro la maggiore prudenza. A Salsomaggiore funziona un Istituto medico, del quale fanno parte sanitarî e professionisti che hanno dedicata la loro vita allo studio razionale di quelle acque ed hanno acquistata una vera ed assoluta competenza. A questi colleghi stimati e studiosi ricorrano i medici italiani per i loro clienti, affidandosi alla loro riconosciuta serietà. In tal modo avranno compiuto il loro dovere di medici intelligenti e coscienziosi ed avranno indirettamente contribuito a mantenere alto e rispettato il valore di una delle nostre maggiori stazioni balnearie.

La circolare reca le firme del presidente generale G. S. Vinaj e del segretario generale Cesare Baduel.

A proposito di una affermazione banale.

Riceviamo:

Milano, 9 settembre 1918.

Chiarissimo sig. prof. Vittorio Ascoli,
redattore capo del *Policlinico* (Sez. pratica)
Roma.

Nel n. 29 del 21 luglio u. s. del suo periodico, col titolo «A proposito di equiparazione del corpo medico alle armi combattenti», è stata pubblicata una lettera di certo dott. Giovanni Malacrida, che non dobbiamo lasciar passare inosservata.

Detto signore, nel raccontare di un giovane divenuto in breve tempo capitano medico effettivo con i soli titoli di una laurea di guerra e di un lungo servizio in qualità di medico di battaglione, per valutare questo secondo titolo, si permette di aggiungere «*che è come chi dicesse qualche cosa fra il veterinario, l'infermiere e lo zingaro*».

Rilevata la banale volgarità, non possiamo fare a meno di manifestare il nostro doloroso stupore per il fatto che un giornale che è il portavoce del movimento scientifico e professionale della medicina italiana e che non ignora l'attività scientifica e didattica delle scuole di veterinaria e come e quanto esse contribuiscano al progresso degli studi biologici, abbia accolta e divulgata la ingiuriosa affermazione, frutto di tristi pregiudizi.

Facciamo preghiera alla S. V. chiarissima di pubblicare integralmente la presente e con ossequio ci dichiariamo devotissimi

Prof. N. LANZILLOTTI BUONSANTI, della R. Scuola superiore di medicina veterinaria di Milano — Prof. D. BERNARDINI, della Scuola veterinaria della R. Università di Parma — Prof. P. STAZZI, della R. Scuola superiore di medicina veterinaria di Milano.

Siamo ben lieti di accogliere questa protesta. Chi ha scritto la frase incriminata ha ceduto evidentemente, senza valutazione delle parole, ad una volgare consuetudine di linguaggio, di cui i progressi scientifici e le benemerenze della veterinaria hanno fatto giustizia.

Sulle branche sanitarie pesano pur troppo le iniquità della tradizione. Dobbiamo tutti concordemente adoperarci con ogni mezzo a bandire non solo i pregiudizi, ma anche le frasi, onde l'ignoranza e il malvezzo ancora le gratificano.

Ringraziamo la sorte che ha lasciato uscire dalla penna inconsulta del nostro abbonato e che ha lasciato trascorrere inavvertitamente sul nostro giornale le parole rilevate dalla energica protesta: ci ha offerto il destro di spezzare una lancia in favore della estimazione, in noi altissima, della veterinaria moderna, nei suoi fondamenti scientifici e nelle sue larghe e benefiche applicazioni.

ATTI PARLAMENTARI.

Assegnazione di gradi ai medici militari.

Ad una interrogazione dell'on. Bignami la Direzione Generale della Sanità militare ha così risposto:

«I medici riformati di leva che prima del maggio 1915 fecero domanda di prestare servizio militare e ottennero nel luglio successivo la nomina ad ufficiale, e che nella visita del marzo scorso furono riconosciuti idonei ai servizi mobilitati, possono chiedere con regolare domanda documentata il grado di capitano se hanno 15 anni di ininterrotto esercizio professionale. Gli aiuti dei grandi ospedali possono ottenere a domanda la nomina a capitano, semprechè siano aiuti di ospedali di notevole importanza, giudicati tali dalla Commissione, e purchè abbiano conseguito tale posto per pubblico concorso, lo abbiano ricoperto per almeno due anni di ininterrotto servizio, abbiano non meno di 10 anni di esercizio professionale e siano riconosciuti idonei a coprire funzioni medico-militari inerenti al grado a giudizio della Commissione».

Per gli aspiranti medici laureandi.

L'on. Lo Piano ha inviato al ministero della guerra un'interrogazione «per sapere se non creda opportuno mettere gli aspiranti medici laureandi, i quali nello scorso anno scolastico, contrariamente a quanto fecesi per quelli del terzo e quarto anno, vennero esclusi dal beneficio di dare gli esami, in condizione di conseguire la laurea, tenuto presente che a sostituirli nei vari servizi possono per questo anno essere adibiti gli aspiranti di recente nominati».

Per un tubercolosario in Sardegna.

L'on. Dore ha interrogato il ministro della guerra «per sapere se tenuto conto della posizione geografica della Sardegna e della estrema difficoltà delle sue comunicazioni col continente — per cui le fu data un'organizzazione sanitaria pressochè autonoma — non creda opportuno di stabilirvi un apposito centro di accertamento diagnostico e un istituto di cura sanatoriale per i militari tubercolosi».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Procedure medico-legali militari.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un decreto luogotenenziale che fra l'altro dispone:

È costituito presso ogni Ospedale militare principale per l'Esercito e per la Marina un Collegio medico alla diretta dipendenza rispettivamente del Ministero della Guerra e della Marina, per gli accertamenti medico-legali relativi a tutti i personali civili e militari, effettivi, assimilati e aggregati in servizio dell'esercito e della marina nei casi in cui, dalle vigenti disposizioni, è prescritta la visita collegiale, ferme restando le disposizioni in materia di rassegna. È fatta facoltà al Ministero della guerra e della marina di istituire, occorrendo, simili Collegi medici anche presso altri Ospedali militari.

Tali Collegi saranno composti di un ufficiale superiore medico, possibilmente in servizio attivo permanente, quale presidente, e di due altri ufficiali medici, l'uno e gli altri designati rispettivamente dal Ministero della guerra e da quello della marina.

È istituita in ognuna delle città capoluogo di Provincia, sede di Collegi medici di cui sopra, una Commissione sanitaria di appello per l'esame degli atti sanitari dei Collegi anzidetti, nei casi previsti dagli articoli seguenti.

Per le pensioni privilegiate di guerra, le dette Commissioni di appello avranno sede presso gli Uffici provinciali per le pensioni di guerra.

Le Commissioni sanitarie di appello emetteranno, di regola, il loro giudizio in base al solo esame degli atti, che potranno rimandare al Collegio medico, perchè provveda ad altre indagini cliniche; ma potranno anche chiamare a visita diretta gli interessati.

Nei casi in cui le conclusioni siano per la assegnazione di una pensione privilegiata di guerra, le Commissioni sanitarie di appello, appena si saranno pronunziate, redigeranno apposito verbale definitivo che, assieme a quello del Collegio medico ed agli altri atti relativi, faranno trasmettere, a cura della segreteria dell'Ufficio provinciale per le pensioni di guerra, al Ministero dell'assistenza militare e pensioni di guerra, informandone anche i Ministeri della guerra e della marina secondo le rispettive competenze.

Qualora le dette Commissioni di appello siansi pronunciate per altri provvedimenti, i verbali e documenti in parola saranno trasmessi rispettivamente al Comandante del corpo d'armata o del Dipartimento marittimo, al Ministero della guerra o al Ministero della marina a seconda dei casi.

CONDOTTE E CONCORSI.

MILANO. — *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* «Cause della pellagra e natura dei miasmi e contagi»; lire 2500; scadenza 31 dicembre 1918. — «Modificazioni indotte dal pneumotorace nel polmone normale e patologico»; lire 864; scadenza 1° aprile 1919. — «Quale importanza abbiano avuto le ferite di guerra del sistema nervoso centrale e periferico per i progressi delle cognizioni sull'anatomia fisiologica del sistema nervoso»; lire 2000; scadenza 1° aprile 1920.

VENEZIA. — *R. Istituto Veneto di Scienze.* «Correlazioni funzionali delle ghiandole a secrezione interna» (premio Minich); lire 5000; scadenza 31 dicembre 1918. — «Per i migliori apparecchi di protesi artificiali» (premio Cottereto); lire 10,000; scadenza 31 dicembre 1919.

ALBO D'ORO.

CROCE AL MERITO DI GUERRA E MEDAGLIA D'ARGENTO AL VALORE.

GIUEPPE MASERA, capitano medico. — Comandante di Sezione di sanità, durante tutto il tempo dell'offensiva nemica si prodigò sempre instancabile nel percorrere di giorno e di notte il terreno del combattimento, esponendosi a tutti i pericoli per sorvegliare personalmente lo sgombero dei feriti e per prestare l'opera sua di chirurgo là dove essa era più necessaria. Durante l'intenso tiro nemico accorse sempre prontamente nei posti di medicazione più avanzati, dove più intensa ferveva la lotta, dando fulgido esempio a tutti i suoi dipendenti di sereno sprezzo del pericolo, di coraggio, del più elevato sentimento militare e di patriottismo. — Piave, 15-22 giugno 1918.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

CHIMENTI ACHILLE, da Cosenza, tenente medico di battaglione. — Durante l'attacco, non ostante il violento fuoco di artiglieria nemica e benchè colpito da gas asfissianti, continuava con calma ed ammirevole coraggio nella propria opera di assistenza ai numerosi feriti. Esempio di alta virtù e spirito di abnegazione nel compimento del dovere. — Bosco di Courton, luglio 1918.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazioni operaie o Provvidenze sociali?

Nella *Nuova Antologia* del 1° e 16 marzo è pubblicato uno studio dell'on. Bertolini dal titolo «Assicurazioni operaie o provvidenze sociali?» su cui credo *si debba* richiamare l'attenzione dei medici e, sebbene lontano dalla madre Patria — perchè ora in Egitto —, me ne assumo volentieri l'incarico giudicando quasi un dovere far ciò a chi delle assicurazioni sociali si occupò frequentemente nei nostri giornali e nelle nostre associazioni ed anche con lavoro non breve (*), che, per quanto incompleto in causa della guerra, la stampa medica benevolmente volle accogliere.

(*) L. DORI. *L'assistenza ospitaliera della provincia di Pavia 1906-1913 e l'assicurazione obbligatoria contro la malattia.* — Tipografia Ponzio, Pavia, 1916.

Non reputo però nè opportuno qui ed ora un esame minuto dello studio del Bertolini, nè d'altronde me ne sento l'autorità per una critica: solo alcune note ed un riassunto allo scopo unico di invito ai colleghi di leggere l'articolo del Bertolini, interessante anche perchè in poche pagine prospetta al lettore in modo completo le leggi e *lo stato* delle assicurazioni obbligatorie, come forse così bene, ed in modo così completo, non è prospettato neppure in pubblicazioni ben più vaste sull'argomento.

Premessa la dimostrazione dell'organica insufficienza del sistema facoltativo pel conseguimento degli altissimi scopi avuti in mira dalle assicurazioni operaie, dimostrata da noi dal completo insuccesso della Cassa nazionale per gli infortuni finchè fu facoltativa, nonchè della Cassa nazionale per l'invalidità e la vecchiaia degli operai, e così, per tacere di altre nazioni, dal Belgio con la *Caisse nationale de prévoyance pour l'invalidité et la vieillesse des ouvriers* e dalla Francia con la sua *Caisse des retraits pour la vieillesse;* viene a parlare della forma obbligatoria, dimostrandone i risultati nelle varie nazioni ed i tipi diversi.

Ricorda come da una classica statistica tedesca risulta che più della metà delle persone cadute in miseria sono state colpite da essa o per malattie o per invalidità o per vecchiaia e come per l'attuale guerra più doveroso sia nel nostro paese provvedere alle classi povere un soccorso nelle loro jatture e fa notare come le prestazioni delle assicurazioni obbligatorie abbiano lasciato adito alle critiche per l'insufficienza di esse, critiche sostenute principalmente dal fatto che in Germania dopo la costituzione delle assicurazioni obbligatorie la spesa media per abitante dell'assistenza dei poveri anzichè scemare era andata crescendo, sovratutto nelle grandi città, mentre una grande diminuzione si era riscontrata soltanto ed in parte nelle campagne, per quanto per molteplici cause (urbanesimo, progresso, scienze mediche ed igiene sociale).

Dopo dunque una rapida rassegna dei vari sistemi di assicurazione obbligatoria, su cui sorvolò completamente, l'A. entra nella parte che merita più attenta lettura e maggior considerazione.

Ricordato dunque come una maggior parte degli Stati che si sono preoccupati di venire con apposite istituzioni in aiuto alle classi popolari nelle sofferenze e più — come dice — nelle angustie derivanti dalle malattie, invalidità e vecchiaia, hanno adottato il sistema dell'assicurazione obbligatoria, viene l'A. a considerare le ragioni che si possono riassumere col dire che le assicurazioni operaie furono *un atto di opportunismo temperato*, determinato dalla pressione delle organizzazioni sindacali e dalla potenza politica del proletariato nonchè da corrispondenti obbiettivi di parificazione sociale a tutela dell'ordinamento statale ed economico esistente.

Naturale conseguenza di questi scopi circoscritti alle classi lavoratrici: il sistema dell'assicurazione che riposa sulla suddivisione del rischio per un grosso numero di individui, e dato l'insuccesso della forma facoltativa, ovvia conseguenza la forma obbligatoria.

Inevitabile, secondo l'A., per la guerra sarà però una modificazione profonda dello stato preesistente delle cose, anche rispetto al soddisfacimento dei bisogni cui intendono provvedere le assicurazioni operaie, insufficienti a sollevare le sofferenze e le miserie determinate da malattie, invalidità e vecchiaia per tutta la popolazione in condizioni disagiate, tanto più che dato lo scopo piuttosto politico che di pura giustizia sociale che è mira delle assicurazioni operaie obbligatorie, si può dire che esse in fin dei conti han provveduto solo a coloro che ne avevano minor bisogno.

È perciò che l'A. riconosce la soluzione del problema ardua e sovratutto manchevole ed incompleta se non si adotteranno provvidenze che abbraccino tutta la popolazione disagiata quando è colpita di malattia o invalidità.

Siccome per ovvie ragioni ai proletari non salariati non si potrebbe in corrispettivo imporre alcun contributo, ne viene di conseguenza impedita l'estensione delle assicurazioni obbligatorie che d'altro lato, per conseguenza, non potrebbero essere mantenute per i soli lavoratori.

Volendo quindi tale estensione le accennate provvidenze dovrebbero perciò, sia per i salariati come per i non salariati, formare oggetto di pubblici servizi a carico dello Stato, come è per l'istruzione primaria, per la sanità pubblica, ecc.

Seguire a questo punto l'A. per riassumere brevemente quanto egli scrive non è più facile, comunque a larghi tratti vediamo le idee che esprime.

Premesso che le prestazioni proprie delle provvidenze sociali come di quelle delle assicurazioni obbligatorie dovrebbero mantenersi entro i limiti di ciò che è ragionevolmente necessario e che perciò lascerebbero largo campo alle previdenze individuali nonchè all'assistenza e beneficenza pubblica per un compito esclusivamente sussidiario, tanto più che, come si è detto, a non pochi, che pur ne avrebbero anche più bisogno degli operai non potrebbe estendersi e che in non pochi casi anche gli assicurati ne abbisognano quando non sia maturato il loro diritto alle prestazioni o ne sia avvenuta la decadenza, l'A. passa a sostenere le proprie idee col prevedere e rispondere alle obbiezioni che gli si potrebbero muovere.

La prima obbiezione è di carattere finanziario, derivante dalla rinuncia dei contributi dei beneficati, e l'A. fa a questo punto osservare come sarebbe più ostico per i nostri lavoratori imporre, dopo lunga ed aspra guerra, contributi per assicurazioni per quanto l'imposizione dei contributi non abbia altro che una importanza transitoria perchè in via normale non vi corrisponderebbe un effettivo permanente sacrificio sostenuto da lavoratori e da imprenditori; in fatto tale onere riversandosi tutto sul consumatore.

Considerata poi la necessità a fine guerra di imposte che graveranno in misura assai notevole, sopratutto per via indiretta, anche sulle classi povere, nota come le provvidenze sociali costituirebbero un compenso equitativo del larghissimo contributo delle masse proletarie ai pubblici bisogni.

Da ciò la vera preoccupazione finanziaria non sta-

rebbe più in ciò che gli interessati diretti o indiretti non contribuirebbero, ma nel dubbio che la ricchezza nazionale non sia in grado di sostenere le provvidenze auspicate dall'A., poichè le provvidenze sociali dovrebbero costituire servizi di Stato e sarebbero da considerarsi come la condizione più evoluta di tale problema, una tappa più avanzata delle assicurazioni operaie obbligatorie che, secondo l'A., sarebbero da riguardarsi oggi quale una fase ormai sorpassata dal progresso sociale.

L'A. comprende come occorra naturalmente studiare a fondo l'arduo e complesso disegno delle provvidenze sociali e come perciò occorreranno anni vari, invita quindi sin d'ora gli studiosi all'esame di esso, e noi, che pure ci siamo prefissi di astenerci da ogni critica, notiamo, terminando, questa ultima considerazione per domandare se proprio l'Italia, che dopo la guerra per lunghi anni inevitabilmente dovrà sentirne le conseguenze e necessitare di una politica finanziaria, coraggiosa, sia pure su fatto anche di parsimonia ed economia e che per la guerra avrà vivo bisogno di solleciti provvedimenti a vantaggio di chi reduce dalle fatiche militari avrà l'organismo più fiaccato e più facile a malattie; se proprio l'Italia, dicevo, debba essere la prima nazione che senza passare per l'assicurazione obbligatoria si lanci in una risoluzione completamente nuova dell'ardua questione sociale che senza negare abbia a suo favore tutte le attrattive delle cose teoricamente troppo perfette, non può presentare perciò appunto difficoltà non lievi e molteplici.

Formulo la domanda, dolente che le attuali condizioni di lontano esule dalla patria e le mie forze non mi permettano d'entrare sulla elevata discussione.

Maggio 1918.

Dott. LUIGI DORI.

NOTIZIE DIVERSE

Onoranze al prof. Golgi.

Il Comitato esecutivo per le onoranze al senatore prof. Camillo Golgi, ordinario di patologia generale nell'Università di Pavia, che lascia in questo anno la cattedra per limiti di età — costituito dal prof. Clivio, preside della Facoltà di medicina di quella Università e reggente l'Ordine dei medici della provincia di Milano, dal dott. Cornelli, presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Pavia, e dal prof. Fusari, per gli allievi — ha diramato una circolare con la quale annunzia di aver deliberato di celebrare la ricorrenza col dar vita ad una fondazione benefica destinata a conferire annualmente un assegno di studio ad un orfano di medico italiano, che intenda iscriversi alla Facoltà di medicina della R. Università di Pavia, dando la preferenza a quegli che abbia perduto il padre nella presente guerra.

Auguriamoci che la somma raccolta possa costituire un fondo sufficiente per l'istruzione medica completa degli orfani di guerra.

Chiunque voglia concorrere con offerte in danaro a questa benefica iniziativa, che riuscirà certamente assai cara al sen. prof. Golgi, può inviarle al tesoriere dell'Ordine dei medici della provincia di Pavia.

Contro la tubercolosi negli stabilimenti industriali militari.

Va diventando sempre più inquietante la diffusione della tubercolosi fra gli operai e le operaie degli stabilimenti ausiliari addetti alle lavorazioni particolarmente insalubri, e che si svolgono in stabilimenti improvvisati durante la guerra.

Sull'argomento l'on. Cabrini ha richiamata l'attenzione del Comitato Centrale di Mobilitazione Industriale, invocando provvedimenti i quali vadano oltre alla semplice azione igienico-sanitaria, affrontando e risolvendo il problema del risarcimento economico di questi, che sono veri e proprii infortuni sul lavoro.

Il Sottogretario delle armi e munizioni, presidente del Comitato Centrale, prese l'impegno di nominare subito una Commissione per concertare pronti provvedimenti.

Per gl'invalidi di guerra alienati.

L'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra ha diretto una circolare ai prefetti del Regno chiedendo di far pervenire all'Opera nazionale un elenco degli invalidi presentemente ricoverati in manicomi, completato da sommarie indicazioni sulle condizioni sanitarie e mentali di ciascuno di essi.

Degli invalidi già dimessi e ritornati in famiglia si chiede di conoscere l'attuale residenza.

Con ciò l'Opera nazionale si propone di seguire con particolare cura le sorti degli invalidi che, per sopraggiunta infermità mentale, furono ricoverati in Istituti manicomiali, nonchè di studiare quali forme di assistenza convenga prestare a quelli che, dimessi dagli Istituti medesimi per ottenuta guarigione, abbiano fatto ritorno alle loro case.

Per gli alienati dei territori invasi.

Il dott. Zanon del Bo, direttore del Manicomio provinciale di Treviso, ha organizzato a Medola, in provincia di Bologna, un ospedale psichiatrico militare per i soldati Trevigiani colti da pazzia; esso però accoglierà anche alienati di tutto l'oltre Piave.

Un nuovo dispensario antitubercolare in Roma.

Auspice la contessina Maria Elena Torricelli e con l'ausilio di un comitato di dame presieduto dalla signora Zena Clarke, è stato aperto al pubblico, in via Savoia, un nuovo dispensario antitubercolare gratuito per malati poveri dei rioni Ludovisi, Salario e Nomentano.

Il dispensario «Nomentano» sarà assistito dal prof. Sforza.

L'ospedale militare italiano di Grenoble.

Quest'ospedale è la formazione sanitaria più importante per le nostre truppe in Francia. Grazie alla munificenza del comm. Alberto Marone di To-

rino ed al gentile concorso del cav. E. Balzarini di Milano, vi è stato installato ultimamente uno splendido gabinetto radiologico col tipo più perfetto di generatore Corbino-Trabacchi.

Fascio medico parlamentare in Francia.

I deputati e senatori medici francesi (in numero di 34) hanno deciso di organizzarsi, tenere delle adunanze mensili e attivare stretti contatti con la professione medica. Si è stabilito che il presidente e il segretario interverranno alle più importanti sedute dei corpi per la tutela degli interessi professionali ed in specie dei sindacati. (*Journal A. M. A.*, 3 ag. 1918).

Fascio sanitario parlamentare nella Spagna.

I deputati medici e farmacisti della Spagna si sono riuniti in un fascio, per lo studio dei problemi concernenti le professioni sanitarie e la salute pubblica. Il Fascio è presieduto dal dott. F. Rodriguez; ne è segretario il dott. Villalobos.

I senatori medici della Spagna hanno costituito un Comitato di tre membri — i dottori Cortezo, Cimeno e Pulido — per cooperare col Fascio sanitario della Camera bassa. (*Journal A. M. A.*, 10 lug. 1918).

Il chinino di Stato nel Brasile.

Il presidente della Repubblica del Brasile ha firmato un decreto che stanzia la somma di 400,000 milreis per l'organizzazione di «un servizio ufficiale del chinino», stimato «necessario per il risanamento del Brasile» e provvede all'organizzazione di Comitati sanitari per iniziare il servizio profilattico nei distretti rurali. (*Brazil Medico*).

Sciopero di studenti universitari a Cordoba.

Gli studenti dell'Università di Cordoba (Argentina settentrionale) hanno scioperato a causa di un conflitto con le autorità universitarie. È stato nominato un arbitro, nel dott. Matienzo, che ha presentato la sua relazione al Governo, al quale spetta la decisione. (*Journal A. M. A.*, 17 luglio 1918).

Navi-ospedale silurate dai tedeschi dall'inizio della guerra.

Le navi-ospedale silurate fin'oggi dai tedeschi sono otto:

«Britannic» (21 novembre 1916); «Asturias» (23 marzo 1917); «Donegal» e «Lenfranc» (17 aprile 1917); «Rewa» (4 gennaio 1918); «Glenart Castle» (28 febbraio 1918); «Königin Regentes» e «Llandowery Castle» (giugno 1918); «Waralda» (3 agosto 1918).

Le malattie infettive tra i nemici.

Il nostro Bollettino delle malattie infettive all'estero riporta le seguenti notizie, pervenute a tutto il 30 aprile e certamente incomplete:

In Austria-Ungheria dal 1° gennaio al 23 febbraio 1918 furono registrati 309 casi di vaiolo, di cui 144 in Boemia e 61 in Moravia; dal 1° gennaio al 29 febbraio, 1277 casi di tifo esantematico, di cui 1253 in Austria e 23 in Ungheria; dal 24 luglio al 16 settembre 1916, 3102 casi di dissenteria con 249 decessi.

In Germania dal 1° gennaio al 30 aprile 1918 furono notificati 68 casi di vaiolo, di cui 43 in Lituania (paesi occupati); dal 1° gennaio al 29 febbraio 1915, 189 casi di tifo esantematico; dal 1° gennaio al 31 marzo nella sola Prussia, 1306 casi di dissenteria, con 149 decessi; sono inoltre segnalati 783 casi di tifo ricorrente.

Vittima del dovere.

Di un'infezione contratta nell'esercizio professionale si è spenta, nell'Ospedale Civile di Verona, la dottoressa contessina Maria Augusta Barbasetti, che aveva consacrato la sua fiorente giovinezza ad un ideale di abnegazione e di umanità.

Morti ultra-centenari.

È morto nell'ospedale delle carceri di Sebenico un vegliardo dalmata, Martini da Cattaro, in età di 106 anni, poco dopo essere stato condannato da quel tribunale di guerra all'ergastolo per alto tradimento commesso a favore dell'Italia. Secondo l'ufficio di statistica austriaca, era l'uomo più vecchio della duplice Monarchia.

A Roma, nell'Ospedale di Santo Spirito, è deceduta tale Anna Fioretta, da Spoleto, all'età di 109 anni.

A pochi giorni di distanza dalla perdita del comm. Inghilleri, un nuovo, gravissimo lutto ha colpito l'Amministrazione della Sanità pubblica, con la irreparabile scomparsa del comm. prof. MAURO JATTA, morto a Ruvo di Puglia il 1° settembre corrente.

Nato a Ruvo di Puglia il 23 novembre 1867, compì i suoi studî a Napoli, laureandosi in medicina e chirurgia in quell'Università nell'anno 1892.

Già durante gli anni anteriori, egli erasi dedicato in modo speciale alla istologia e, particolarmente, alla istologia patologica e alla tecnica batteriologica, frequentando negli ultimi tre anni del corso di medicina e chirurgia 1880-1892 l'Istituto anatomo-patologico dell'Ospedale degli Incurabili, diretto dal compianto prof. L. Armanni.

Nell'Istituto del prof. Armanni restò anche tre anni dopo aver preso la laurea, per completare le sue cognizioni in anatomia patologica.

Consigliato dal prof. Armanni nel 1896 si recò a Pavia attrattovi dal nome del prof. Golgi, per completare la sua educazione scientifica, e ottenuto un posto di lavoro nell'Istituto di patologia generale ed istologia della R. Università di Pavia diretto dall'illustre scienziato, vi restò dall'anno 1896 all'anno 1901, assentandosene solo per un anno, quando nel 1899, desideroso di perfezionare le sue conoscenze in batteriologia e consigliato dallo stesso prof. Golgi, si recò in Germania.

Colà, dopo aver visitati i più importanti laboratori tedeschi, frequentò per 10 mesi l'Istituto d'igiene della Università di Bonn, ove sotto la direzione del prof. W. Kruse studiò sistematica-

mente la batteriologia, compiendo anche una ricerca originale; e ritornò, nell'estate del 1901, per frequentare l'Istituto di controllo annesso all'Istituto di terapia sperimentale dell'Università di Francoforte sul Meno diretto dal prof. Ehrlich.

Frattanto, aveva nel 1900 conseguita la libera docenza per titoli in patologia generale nella Regia Università di Pavia; libera docenza che nel 1902 era autorizzato a trasferire all'Università di Roma.

Incaricato, nel 1901, delle funzioni di coadiutore medico nell'Istituto di controllo annesso ai laboratori scientifici della Direzione generale della Sanità pubblica, veniva, nel 1903, in seguito a concorso per titoli, nominato coadiutore medico effettivo, per esser quindi promosso, nel 1912, ispettore generale batteriologo.

Alla attività sua scientifica, rappresentata da numerose pregevoli pubblicazioni che documentano la larga coltura del prof. Jatta e la sua partecipazione appassionata allo studio dei vari problemi della medicina e dell'igiene, si accompagnò la sempre più intensa sua applicazione al disimpegno degli importanti, delicati incarichi di azione politico-sanitaria che in ragione del suo ufficio gli venivano affidati.

Forma, questa, di attività che se soverchiò quasi totalmente quella in tutto l'ultimo decennio, completamente ne assorbì energia ed operosità negli anni ultimi.

Entusiastico assertore della nobiltà e della necessità della nostra guerra, egli, che era stato vigile, attivo, zelante organizzatore dei servizi sanitari nella Marsica devastata dal terremoto, accolse con animo lieto il pur grave mandato, che gli veniva commesso, di concorrere alla organizzazione dei servizi igienico-profilattici presso l'esercito combattente.

E tale mandato egli assolse con la fermezza di volere e la energia di carattere che erano pari, in lui, alla profondità del sapere, alla lealtà dell'indole, alla bontà del cuore.

Chè, quale componente della Commissione di vigilanza per la profilassi nella zona di primo sgombro, prima, della Commissione ispettiva per la profilassi delle malattie infettive, poi, Egli fu uno degli elementi più fattivi di quella mirabile organizzazione difensiva, cui esercito combattente e paese debbono la vittoria riportata sulla minacciosa insidia mossa alla potenza bellica del primo, alla attitudine alla resistenza dell'altro, dall'epidemia colerica propagata dall'esercito nemico.

Mentre, appunto, attendeva allo adempimento di una missione, cui Egli si era dedicato con il fervore dell'apostolo, la sua forte fibra ebbe i primi assalti del male che doveva così presto spezzarla.

Egli non piegò. Più che la voce del Suo interesse personale, Egli, che agli studi e all'amministrazione si era dato senza lo stimolo di alcun bisogno, da ogni necessità mettendolo al coperto il largo censo di cui era fornito, sentiva ed ascoltava quella del suo dovere: verso la Patria, alla quale voleva dare e dava tutto sè stesso, per corrispondere nel modo migliore e più efficace allo sforzo eroico che per essa compiono i suoi figli combattenti; verso la amministrazione, alla quale apparteneva e della quale era vanto.

Rimase, quindi, sulla breccia, al suo posto di combattimento, non risparmiandosi in alcun modo, sacrificandosi, con illuminata abnegazione, alle idealità che ne illuminarono e ispirarono la vita, fino a quando il rapido aggravarsi della sua infermità non lo costringeva ad aderire alla ingiunzione della scienza, che lo invitava al più assoluto riposo.

Questo Egli chiese al suo paese natale, che aveva raggiunto da pochi giorni allorchè un ultimo accesso del male invincibile che lo aveva colpito lo spegneva per sempre, per sempre strappandolo alla compagna adorata, alla amministrazione della Sanità pubblica, alla scienza.

Egli lascià un vuoto non colmabile in quanti ne conobberro le doti superiori di mente e di cuore, e in essi lascia parimenti incancellabile un ricordo materiato insieme di stima e di affetto.

Nelle acque di Anzio ha incontrato tragicamente la morte il prof. PIETRO DE VESCOVI, libero docente d'anatomia e fisiologia comparata nell'Università di Roma.

Il prof. Piero Giacosa, l'insigne farmacologo della Facoltà medica di Torino, ha perduto la madre Paola, quasi novantenne.

Ella era stata preceduta nella tomba dal figlio Giuseppe, che fu una gloria d'Italia quale drammaturgo e romanziere.

Al prof. Piero mandiamo le nostre vive condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Aerofagia: come comincia e come finisce *Pag.* 905
Anemia perniciosa: risultati del trattamento . . . . » 900
Anomalie scheletriche e lesioni traumatiche . . . . » 897
Assicurazioni operaie o previdenze sociali? » 912
Atti parlamentari . . . . » 911
Dispepsia degli sdentati . . . . » 905
Emazie viventi: conservazione . . . . » 908
Epilessia: trattamento operativo . . . » 902
Ipnotici . . . . » 906
Malaria: importanza per l'agricoltura e studi del terreno malarico . . . . *Pag.* 903
Medicina legale militare: procedure . . » 912
Pneumotorace: apparecchio per utilizzare l'azoto dell'aria . . . . » 895
Sifilide: guarigione . . . . » 908
Specialità idrologica: Per la — . . . . » 910
Studenti di medicina del VII anno . . . » 910
Uretrite gonococcica acuta: cura . . . » 909
Yprite (solfuro di etile biclorurato): nuovo metodo di cura delle lesioni da — » 893

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. *Roma, 29 settembre 1918* Fasc. 39.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

T. Pontano: Note cliniche, epidemiologiche ed etiologiche sulla attuale epidemia di influenza. — R. Ciauri: Bacillo bipolare diplomorfo emosettico di una setticemia a tipo influenzale. — G. Morelli: Osservazioni cliniche ed epidemiologiche sopra l'attuale epidemia detta febbre da pappataci o influenza estiva. — C. M. Pavesi: Epidemia di influenza. — T. Pontano, R. Maggiora, G. Alessandrini: Per l'attuale epidemia di influenza.
Nella vita professionale: Pangloss: La voce degli altri. — **Atti parlamentari. — Risposte a quesiti e a domande. — Condotte e concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Note cliniche, epidemiologiche ed etiologiche sulla attuale epidemia di influenza.

Prof. TOMMASO PONTANO,
docente di patologia medica.

NOTE CLINICHE.

Prima col nome di «febbre da pappataci», poi con quello di «influenza spagnuola», attualmente col nome di «influenza estiva» o di «influenza vera», sta attraversando l'Europa, da occidente (Spagna), verso oriente, una malattia epidemica, che ha suscitato discussioni e preoccupa non poco le popolazioni di molte nazioni.

Sebbene l'ultima parola, specialmente per quel che riguarda l'etiologia non è ancora detta, e le ricerche continuano alacri e discordi, è opportuno, allo stato attuale delle cose, fissare le note cliniche ed epidemiologiche, quali resultano dall'osservazione personale di numerosissimi casi e di epidemie in vari centri, e accennare al resultato delle indagini di laboratorio e ai problemi che esse hanno suscitato.

Quadro generale. — La forma clinica presenta tale uniformità di note, di decorso, di com-

plicanze, che riesce facile darne un quadro sintetico.

Nella maggior parte dei casi osservati la malattia non è preceduta da uno stato prodromico sensibile; raramente un giorno prima il paziente ha avvertito un senso di vago malessere, disappetenza, modico senso di bruciore in gola.

In generale essa esplode in pieno benessere con la *febbre*: fino al giorno prima i malati hanno compiuto l'ordinario lavoro, senza il menomo segno di stanchezza. La febbre raramente insorge con brivido, d'ordinario a caldo, e raggiunge gradi piuttosto elevati (39°-40°), talora vomito. Il volto è congesto in questo primo periodo, iperemia congiuntivale, bruciore al faringe, qualche colpo di tosse secca.

L'ammalato accusa senso di stanchezza profonda, indolenzimento delle regioni lombari, qualche volta dolori nucali e modica cefalea: se si eccettui qualche caso (soggetti ipersensibili), manca lo stato di forti dolori alle estremità e al dorso come sono descritti in alcune epidemie da influenza o a proposito di malattie acute febbrili come la febbre da pappataci. La febbre si mantiene piuttosto elevata, rimette al mattino, non diviene mai intermittente, sebbene sudorazioni profuse sopravvengano fin dai primi giorni.

La maggior parte dei malati ricorda l'epistassi, d'ordinario modica per quantità, qualche volta abbondante da rendere necessario il tamponamento o da determinare delle false gastrorragie; nelle donne spesso si verificano delle metrorragie.

L'alvo d'ordinario è stitico: i pazienti ricordano sempre un primo, un secondo purgante somministrato dal medico, spesso anche dei clisteri. La tosse, sul principio secca, si accompagna verso il terzo o quarto giorno a scarso espettorato mucoso prima, muco-purulento dopo.

Al secondo, al terzo giorno tutta la sindrome morbosa può interrompersi per crisi: cade la febbre con sudore, cessa il bruciore di gola, permangono un senso invincibile di stanchezza, di sfinimento e talora la voce un po' disfona, qualche colpo di tosse.

Può tutta la sindrome morbosa svanire in uno o in due giorni e l'ammalato riprende il suo lavoro, ma la malattia può prolungarsi per 5-6-7 giorni senza che nessuna sofferenza nuova, al di fuori delle notate, abbia a verificarsi. Per lo più invece, quando la febbre si mantiene alta e la malattia si prolunga oltre la prima settimana, è segno che una complicanza è intervenuta: l'ammalato si lamenta di affanno, la tosse diviene più insistente durante il giorno e durante la notte, tanto da disturbare gravemente il sonno, l'espettorato diviene ematico, lo stato generale si aggrava, il senso di prostrazione diviene impressionante: insonnia, disappetenza, astenia profonda, talora vomito infrenabile, oliguria. In tale stato qualche malato perisce, la maggior parte lentamente volge a guarigione: la febbre cade per lisi, persistono l'affanno e la tosse insistente, con espettorato abbondante purulento. Dura tale stato qualche volta per molti giorni, e quando i malati possono muovere i primi passi, essi sono ancora tossicolosi e si lamentano di debolezza profonda.

Ho voluto riassumere in poche parole le note generali, quali, dalle storie raccolte e dalla visione dei malati in tutti gli stadi e dai convalescenti, è a me resultata: la storia dei malati presenta tale uniformità di caratteri, che, dopo averne raccolte una diecina, sembra nelle altre di sentire sempre, con lievi sfumature personali, un ritmo di lamento stereotipato. Anche la uniformità dei resultati ottenuti con l'esame obbiettivo permette non solo di fissare il quadro della malattia nei suoi vari stadi, ma di stabilire una gradazione nella gravità delle forme e un tipo di complicanze che si potrebbero dire le uniche, più che le più frequenti.

Forma abortiva. — Per i criteri epidemiologici, di cui dirò in seguito, e per alcune note cliniche comuni alle altre forme, che descriverò, e sulla natura delle quali non verte dubbio, penso che si deva e si possa parlare di una *forma abortiva*. In essa predominano i fatti subbiettivi: senso di malessere, cefalea modica, senso di stanchezza, rino-faringite con qualche starnuto e senso di bruciore di gola. In generale i pazienti continuano, sebbene di mala voglia, il loro lavoro, sopportano tali sofferenze senza neppure ricorrere al medico, ma dopo il *raffreddore*, così essi lo chiamano, si trascinano per parecchi giorni, fin per una settimana, accusando senso di prostrazione.

Forma lieve. — È la più comune. Insorge in pieno benessere, ha breve durata (fino ad una settimana), finisce per crisi: lascia come postumi una prostrazione, che può prolungarsi per dieci, quindici giorni.

All'inizio della malattia l'esame obbiettivo fa notare: stato di abbattimento, prostrazione delle forze, decubito indifferente. La lingua è patinosa, il faringe arrossato, le congiuntive sono iperemiche. La pressione dei globi oculari è indolore, raro l'*erpes labialis*, non esantemi cutanei. La temperatura intorno ai 39°-40°.

A carico del torace si nota una dispnea, corrispondente all'altezza della temperatura; l'esame dei polmoni è negativo. Il cuore normale, tachicardia notevole; il polso fin dall'inizio mostra un carattere deciso, che accompagna tutto il decorso della malattia, che si accentua se insorgono complicanze: esso è frequente, piccolo, molle, a *pressione bassa*. Anche l'esame dell'addome e degli organi ipocondriaci è negativo. Apparato glandolare, normale. La temperatura rimette al mattino, di poco; crisi sudorali compaiono durante il giorno, sì da costringere i malati a rinnovare più volte la biancheria e da determinare la comparsa di sudamina alba o rubra. Verso il terzo, quarto giorno suole comparire *epistassi*, o nelle donne spesso metrorragia. In tale periodo l'esame del torace fa spesso rilevare qualche rantolo secco, qualche sibilo. La pressione del polso sempre bassa: alle misurazioni col Riva-Rocci, la pressione non ha superato mai i 100-120. L'alvo sempre stitico.

Cade la febbre per crisi: rari soggetti dicono di sentirsi bene, la maggior parte non può abbandonare il letto, a causa della profonda stanchezza. La durata di questa forma mite è variabilissima, da due a sette, otto giorni; sarebbe artificioso volere stabilire una media di durata.

Forma grave. — Eccezionalmente la forma per sè si inizia con caratteri di estrema gravità: si tratta di bambini, di vecchi o di soggetti tarati per malattie croniche, di convalescenti di altre malattie, di ricadute: d'ordinario invece il carattere di gravità è dato dalle *complicanze polmonari*.

Nelle forme gravi per sè dall'inizio, predomina come segno pericoloso l'*adinamia cordis*: polso piccolo, frequente, vuoto, a pressione bassissima. L'ammalato può perire nello spazio di una settimana o poco più coi segni di grave tossiemia con insufficienza renale o con insufficienza acuta del cuore; son questi casi veramente eccezionali.

D'ordinario le forme che assumono decorso grave anche in soggetti giovani e robusti cominciano coi caratteri descritti per le forme miti, ma verso il quarto, quinto giorno, talora più tardi, la febbre non cede, sopraggiunge dispnea intensa non dolorosa, insorge tosse con espettorato mucoso-ematico al principio e scarso.

L'esame del polmone rivela in tali soggetti il primo segno della localizzazione polmonare: rantoli a piccole e medie bolle, alle basi polmonari o ad una base sola; più frequentemente colpita è la destra. Qualche volta l'esame del torace è muto. La febbre rimette di un grado o anche meno al mattino, ma la sera raggiunge i 39°-39°.5. L'espettorato, scarso, mucoso-ematico, che si elimina con difficoltà al principio, diviene muco-purulento abbondante, e l'ammalato lo emette facilmente con i colpi di tosse, tanto frequenti da rendere il paziente irrequieto. Spesso a causa della tosse insistente i malati si lamentano di dolore, che essi riferiscono anteriormente all'epigastrio o agli ipocondri (dolore diaframmatico).

L'andamento della complicanza polmonare, quando non sopravvenga l'esito letale, ha carattere di lentezza esasperante. I rantoli a piccole, a medie bolle divengono più numerosi, invadono non raramente le fosse sottoclavicolari, la lingula; con la percussione è possibile in molti casi rilevare una netta riduzione del suono polmonare, sì da far porre la diagnosi di broncopolmonite confluente. In casi anche più gravi l'esame del torace dà la sintomatologia obbiettiva di una polmonite lobare, con ottusità e soffio bronchiale, broncofonia.

I precedenti del malato, l'avere assistito alla confluenza dei nodi di broncopolmonite, l'assenza di dolore pleurico, che ho trovato mancante in tutti i casi a malgrado delle più diligenti ricerche, la qualità dell'espettorato fanno diagnosticare una broncopolmonite confluente o polmonite pseudolobare anche in tali casi.

Quando la temperatura non cede, la broncopolmonite non tende in generale a risoluzione o nuovi noduli si costituiscono. L'espettorato muco-purulento diviene di nuovo ematico di color giallo-mattone. Le condizioni del cuore peggiorano, l'ammalato è perduto, e perisce rapidamente per acuta insufficienza cardiaca: il più delle volte però questo periodo febbrile si prolunga per un paio di settimane: l'espettorato assume allora un aspetto che ha caratteristiche proprie: è bianco-giallastro, aderente; raccolto in un bicchiere lo si vede dividersi in tre strati nettamente separati: uno inferiore liquido, torbido, di aspetto albuminoso, con minutissimi fiocchetti biancastri sospesi; uno medio purulento, diviso in blocchi che ricordano l'aspetto nummulare e che meglio si potrebbero qualificare a pallottola, di colorito bianco-giallastro; uno infine superiore schiumoso, con schiuma persistente, adesiva alle pareti del recipiente; l'espettorato è inodore.

Già verso la fine della settimana è possibile palpare la *milza*, nelle forme di media gravità e gravi; essa deborda nelle profonde inspirazioni, molle, indolente. Con ricerche sistematiche si può dire che il tumore di milza piccolo,

molle, è costante, e comincia a palparsi verso il quarto, quinto giorno di malattia; nelle forme lievi suole mancare.

Quando la febbre comincia a declinare e si riduce a pochi decimi alla sera, le condizioni obbiettive del polmone non si modificano colla stessa rapidità, ma con grande lentezza. Ho potuto vedere convalescenti che erano in piedi perfino da un paio di settimane, nei quali l'obbiettività della broncopolmonite era immutata, espettorato compreso; solo lo stato generale discreto e la mancanza della febbre erano i documenti della prossima, completa guarigione: questa esasperante lentezza e la bassa pressione del polso, che si mantiene anche essa per qualche tempo, sono le caratteristiche importanti della convalescenza, che, associate al senso di prolungata prostrazione, nettamente contrastano col tumultuario andamento della malattia, e che, anche durante la convalescenza, lasciano distinguere questa dalle affezioni morbose simili.

Complicanze pleuriche, obbiettivamente dimostrabili, non ho riscontrato nei casi da me osservati: anche là dove l'ottusità toracica, senza soffio bronchiale, faceva sospettare la partecipazione della pleura, la puntura esplorativa ha eliminato qualsiasi dubbio. Non ho riscontrato complicanze endocardiche, non complicanze meningee: in due casi nei quali furono sospettate dai medici curanti complicanze meningitiche, si trattava di sintomatologie nervose gravi, nel decorso avanzato della malattia, con sopore, episodi di agitazione, ma senza segni obbiettivi della meningite.

Invece non è raro, nei casi a grave decorso, il risentimento meningeo sotto forma di meningismo: dolorabilità nucale, violenta cefalea, non Kernig: la sindrome può dileguarsi dopo qualche giorno.

Volendo riassumere in poche parole il concetto clinico della malattia, essa si manifesta con i sintomi di una malattia generale tossicosettica, con localizzazioni o complicanze verso la fine della prima settimana nell'albero respiratorio, sotto forma di broncopolmonite nodulare, o di broncopolmonite confluente. Per essere completi ricorderò di aver veduto nel decorso della malattia una grave complicanza cerebrale (encefalite) con emiplegia, ma la malattia si era iniziata con i comuni sintomi senza che nulla lasciasse prevedere la grave complicanza cerebrale.

Senza negare che la malattia, come qualunque malattia da infezione, possa dare localizzazioni in altri organi od apparati, devo confessare che nella nostra esperienza *la sindrome è stata di una rara uniformità*, il che fa pensare che le altre complicanze siano per lo meno rare.

* * *

A carico della *cute*, oltre alla sudamina accennata, non ho potuto rilevare manifestazioni speciali od esantemi: se si eccettui in un caso *una roseola emorragica* verso l'11° giorno di malattia (emocultura e sierodiagnosi negative per il tifo e paratifi).

L'apparato *gastro-intestinale* non ha mai dato segni di una particolare localizzazione della malattia: la lingua è saburrale come in molte infezioni febbrili, qualche volta nell'acme febbrile sopravviene nausea invincibile e vomito, l'alvo è *costantemente stitico*. In qualcuno dei centri epidemici coesisteva con l'epidemia una forma dissenterica, a torto secondo me attribuita dai medici locali alla stessa infezione: il mio giudizio era principalmente fondato sull'aspetto clinico dei malati e sulla mancanza di note comuni alle due manifestazioni. Ho potuto avvalorare tale concetto con il controllo in altri centri epidemici, nei quali non esisteva la forma dissenterica: la maggior parte dei medici curanti sanno, e lo ripetono con raro accordo, che nelle forme classiche l'ammalato è stitico, e che anche dopo la somministrazione di uno o di due purganti, e dopo clisteri ripetuti, l'alvo riprende il suo carattere di alvo chiuso.

L'apparato respiratorio è il più frequentemente e gravemente colpito. S'inizia la malattia con bruciore di gola e spesso voce disfona, sintomi ai quali corrisponde un arrossamento del faringe, con lieve turgore dei pilastri e delle tonsille, talora un po' di muco è sul fondo del faringe. In 3°-4° giorno di malattia si ha nel 75 % dei casi *epistassi*, il più delle volte lieve, tanto che i malati non ricordano l'accidente che dopo ripetute insistenze: in pochi casi invece l'epistassi assume entità tale da impressionare i parenti: è necessario il tamponamento anteriore e posteriore, e in alcuni bambini ho vedute false ematemesi, dovute alla deglutizione del sangue nasale. All'angina eritematosa segue spesso una tracheite, a cui corrispondono i primi colpi di tosse secca o con scarso espettorato; la malattia può scendere nei bronchi e dare la sintomatologia di una bronchite diffusa dei grossi e medi bronchi, può colpire il parenchima polmonare e determinare la formazione di noduli di broncopolmonite isolati, diffusi, confluenti, a tal punto da simulare la forma lobare. Dalle manifestazioni che la complicanza polmonare offre nel suo decor-

so si deve classificare tra le polmoniti catarrali e broncopolmoniti lobulari: vedremo che l'anatomia patologica conferma i dati clinici. Il parenchima polmonare è notevolmente danneggiato dalla affezione; molto lentamente le condizioni del polmone si ripristinano. Non ho osservato complicanze a carico della *pleura* clinicamente diagnosticabili.

L'apparato cardio-vascolare presenta una delle note più caratteristiche e pericolose della malattia: segni di adinamia *cordis* con polso ipoteso. Non ho mai veduto endocarditi, pericarditi essudative, flebiti o altre localizzazioni: probabilmente le condizioni dell'apparato cardio-vascolare sono in rapporto con l'azione dell'agente morboso o dei suoi prodotti sul sistema nervoso.

Sistema nervoso. — Così come pel cuore, a carico del sistema nervoso si osservano segni di depressione: stanchezza generale, prostrazione, apatia. Tutte le funzioni si mostrano depresse: le funzioni centrali, col sensorio un po' torpido, la forza muscolare con un senso grave di stanchezza. Sui centri nervosi, oltre a tali danni generali, l'infezione non mostra speciale predilezione, e non si può davvero parlare di una *forma nervosa;* durante la malattia esso può essere però gravemente colpito da localizzazioni cerebrali, sotto forma di encefalite acuta.

Le meningi non sono neppure esse speciale sede di predilezione dell'agente morboso: frequente nei casi gravi è il risentimento tossico di esse (meningismo). Non ho osservato nevriti periferiche.

Sistema uro-genitale. — Non complicanze a carico dei genitali. Nelle forme lievi la funzione renale è normale, per quantità e per qualità delle urine; in molti casi di media gravità appare albuminuria, senza elementi renali nel sedimento; nelle forme gravissime e sopratutto nelle complicanze broncopolmonari, l'esame delle urine con sicura costanza dà, oltre all'albuminuria, la quale può raggiungere l'1-2 ‰, presenza di cilindri ialini e granulosi, rare emazie e qualche leucocito. Tale partecipazione del rene alla malattia aggrava il decorso, e gli ammalati periscono fortemente oligurici; si dilegua cogli altri sintomi rapidamente nei casi che volgono a guarigione.

L'esame del *sangue* nulla rivela a carico degli eritrociti; i leucociti possono essere normali o v'è leucopenia nei primi giorni della malattia: compare una netta leucocitosi polinucleare con lo stabilirsi delle complicanze polmonari. Nei casi recenti con leucopenia i mononucleari (specialmente i linfociti) raggiungono il 25-34 %; nelle modiche leucocitosi, durante le complicanze prevalgono i polinucleari neutrofili (fino al 70-75 %).

L'apparato glandulare è normale.

Ricerche anatomo-patologiche. — Ho avuto occasione di praticare poche autopsie soltanto e parziali: a carico dei polmoni ho riscontrato noduli di broncopolmonite emorragica, spesso confluenti fino al quadro della polmonite pseudolobare; nel polmone con polmonite pseudolobare forti aderenze pleuriche legavano il polmone alla parete. A carico del cuore: pericardite adesiva con aderenze recenti, senza liquido nel pericardio: le glandole dell'ilo tumefatte. Il fegato in degenerazione grassa, il rene con segni di nefrite acuta; tumore di milza molle, di modica grandezza. Mi riservo di ritornare sull'argomento e di parlare diffusamente delle note microscopiche offerte dagli organi.

Diagnosi. — L'insorgere rapido della malattia con febbre alta, bruciore alla gola, senso di prostrazione, l'epistassi, il tumor di milza, le facili complicanze bronco-polmonari sono i sintomi sui quali si basa la diagnosi della malattia, tanto più facile in quanto essa decorre in maniera epidemica.

Non offre difficoltà la diagnosi differenziale con la *febbre da pappataci o febbre dei tre giorni,* quando la malattia si presenti con tutte le note caratteristiche e con una certa gravità; ma la confusione può avvenire quando la malattia decorra in modo mite e scompaia nello spazio di tre giorni. In generale si può dire che nella febbre dei tre giorni mancano il tumor di milza, le complicanze broncopolmonari e bronchiali, non si notano nè le epistassi, nè le sudorazioni profuse, quali abbiamo vedute frequenti e caratteristiche nella nostra malattia. Chi ha veduto o ha come me sofferto la febbre dei tre giorni ricorda che in essa i dolori diffusi, i lombari, la cefalea sono veramente intollerabili.

Non si può parlare infine di una durata speciale della malattia, poichè anche le forme lievi possono guarire in uno, in due giorni, fino ad una settimana; sarebbe un vero artifizio volerne stabilire una durata media, per dedurne un carattere della malattia.

Inutile parlare di un *dengue* anche mediterraneo, poichè manca costantemente l'esantema cutaneo caratteristico.

La malattia con la quale una diagnosi differenziale è impossibile è l'*influenza*, poichè la malattia da noi osservata ne presenta tutte le note cliniche, salvo alcune varianti che metterò in evidenza. Prescindo da ragioni epidemio-

logiche, come la stagione, ecc.; ma, nella forma ordinaria e più comune, l'insorgere brusco della malattia, lo stato di prostrazione, i frequenti accidenti catarrali e la lentezza nella convalescenza, la contagiosità e il rapido conseguente dilagare dell'infezione sono note cliniche riconosciute come caratteristiche dell'influenza e che noi abbiamo riscontrate costanti nell'attuale epidemia.

La forma lieve non è differenziale da quella che gli autori sogliono denominare *febbre influenzale;* a malattia più inoltrata, o nelle forme di una certa gravità, predominano nella forma attuale le epistassi osservate solo da qualcuno (Litten) nell'epidemia di influenza, le crisi di sudorazione profusa, che non sono state descritte, l'espettorato nelle complicanze non ha preciso il carattere descritto da Pfeiffer nell'influenza di colorito cioè giallo-verdastro. Il tumore di milza nell'influenza è fatto contrastato e dato come raro e appannaggio di casi complicati e mortali; nei nostri malati è quasi costante nelle forme complicate e in quelle pure. Nell'influenza non sono state osservate modificazioni della leucocitosi, a differenza della nostra forma nella quale alla leucopenia con linfocitosi segue la leucocitosi delle complicanze. In questa epidemia il quadro morboso è uniforme, come uniforme è la complicanza, mentre la classica influenza è descritta come malattia a netto polimorfismo (forma intestinale, forma nervosa, forma polmonare, febbre influenzale).

A malgrado di queste sfumature differenziali, per la figura del malato e per il carattere dell'epidemia noi non sapremmo classificare la presente malattia che nel quadro clinico delle influenze: di essa ha il decorso, l'andamento epidemico, le note principali del quadro clinico. Senonchè dopo la scoperta di Pfeiffer, secondo alcuni AA. non esiste più una influenza clinica, ma una malattia ben definita etiologicamente, data cioè dal bacillo di Pfeiffer. Il problema del nome quindi sarebbe subordinato alla presenza nell'espettorato o nel muco faringeo dell'agente specifico, il bac. di Pfeiffer. Dirò delle nostre ricerche etiologiche e vedremo quali resultati hanno dato le ricerche etiologiche in Italia e fuori e *quanti problemi nuovi si pongono e quanti vecchi problemi hanno bisogno di una accurata revisione.*

Prognosi. — La scarsa mortalità (2-3 %), la percentuale relativamente scarsa delle complicanze e delle forme per sè gravi rendono in generale la prognosi della malattia favorevole. Certo le complicanze polmonari, anche nei giovani robusti, mettono sempre una nota di riserva nella prognosi: in generale le complicanze decorrono in maniera grave e possono, anche più che la polmonite crupale, compromettere l'esistenza dei giovani più robusti.

Cura. — La terapia non può che essere sintomatica, e rivolta specialmente a sollevare il tono del sistema nervoso e a sostenere le forze del cuore. Un ottimo ausilio terapeutico può essere dato dal bagno leggermente raffreddato, allo scopo di rialzare il tono del sistema nervoso, di migliorare le condizioni della circolazione, di prevenire le complicanze broncopolmonari o aiutarne lo svolgersi favorevole. Oltre ad una dieta leggera e corroborante, piccole quantità di alcool possono a volte in casi particolari essere di sollievo, e contro le temperature elevate e il senso di sfinimento risponde bene la chinina a piccole dosi associata alla fenacetina e all'antipirina e alla canfora.

Naturalmente durante le complicanze polmonari, mentre è consigliabile la canfora, la caffeina per iniezioni, l'eroina durante la notte per evitare che l'ammalato insonne si affatichi eccessivamente, convengono dosi quotidiane di terpina, di solfoguaiacolato di potassio associato alla pozione di eroina. Non credo utili e consigliabili gli espettoranti e per la loro dubbia azione, e perchè l'espettorazione è facile per sè e per non danneggiare le condizioni gastriche con l'uso prolungato della poligala e dell'ipecacuana. La terapia si può riassumere in precetti che mirano a sostenere le forze del cuore, a rialzare il tono del sistema nervoso, a modificare le condizioni dell'ambiente polmonare quando le complicanze minaccino o siano già sopravvenute.

EPIDEMIOLOGIA (1).

L'insorgere, l'andamento epidemico della malattia è stato studiato in varie zone colpite: Rosarne, Palmi, Cittanova, Cinquefrondi, Gioja Tauro, Anoia, Giffoni, Polistena, in provincia di Reggio; Nicotera, in provincia di Catanzaro; S. Felice e S. Maria, in provincia di Caserta. Così come la malattia ha un quadro per sintomi, andamento, complicazioni molto uniforme, la epidemiologia, salvo le piccole modificazioni dovute alle condizioni locali, ha un tipo di una rara uniformità e decorso.

(1) Le zone colpite alle quali mi riferisco sono state da me visitate insieme con i prof. Alessandrini G. e Maggiora R. per incarico del direttore di Sanità pubblica comm. prof. Lutrario, il quale mentre provvedeva agli urgenti bisogni delle popolazioni colpite con larghezza di vedute, metteva a nostra disposizione ogni mezzo, perchè le indagini scientifiche riuscissero proficue. Del resultato di esse, che ancora sono in corso, sarà pubblicata ampia e documentata relazione.

I primi casi della malattia passano in generale inosservati: spesso i malati della forma più lieve non chiamano nemmeno il medico, o ambulatoriamente seminano l'infezione. Si costituiscono dei focolai, da cui dilaga poi rapidamente l'infezione fino a colpire interi paesi: i parenti, gli amici divengono i naturali infermieri dei malati; si ammalano anche essi; in certi momenti del corso epidemico, in alcuni centri, non si trovano che persone a letto, convalescenti e rari individui preservati dall'affezione.

Noi siamo stati in qualche paesetto, con *abitazioni* che lasciavano molto a desiderare, nei quali, camminando per le vie, dalle porte semiaperte si intravedevano dei letti stipati di malati, fin sei in uno stesso letto! La fulminea rapidità di propagazione si accompagna alla comparsa di forme gravi e di complicanze polmonari, tanto più impressionanti in quanto che non risparmiano i giovani e robusti e non raramente tra di essi mietono delle vittime.

Mentre nei primi momenti si poteva seguire il *propagarsi* dell'infezione, in generale dai quartieri più poveri e deficienti in fatto di abitazioni, in secondo tempo la malattia è a tal punto generalizzata, che si può dire non vi è angolo di paese che non dia il suo contributo.

Nelle abitazioni nelle quali vi è affollamento e comunità di letto nessuno è risparmiato: talora si ammala il padre, a cui seguono la madre e i figli; talora è il bambino che propaga la malattia ai genitori. In questi alveari di malati si trovano sempre i casi più gravi: uno della famiglia paga il fio della mancanza di ogni più elementare igiene dell'abitazione. Si potrebbe affermare che l'agente morboso si virulenti nei rapidi passaggi da individuo ad individuo, così come noi sperimentalmente sogliamo fare negli animali di laboratorio, quando vogliamo aumentare la virulenza di un germe.

Nel confronto che noi possiamo fare tra i varî centri studiati, ci è dato di affermare che tanto più rapidamente l'epidemia si è diffusa e tanto maggiore è stato il numero delle complicanze e quindi dei casi gravi e dei decessi quanto più era evidente l'affollamento degli abitanti nella casa o meglio nell'unica stanza che serviva come angusto dormitorio comune. In uno stesso paese si poteva fare il confronto, non per numero ma per gravità di forme, non solo tra i varî rioni ma tra i varî ambienti, in cui le abitudini di vita erano completamente trasformate da razionali regole di igiene: in una colonia di bambini e di giovinetti orfani per il terremoto o per la guerra, ad esempio, l'epidemia colpì presso che tutti i ricoverati, ma le forme gravi mancarono completamente.

Nei centri raccolti la *durata dell'epidemia* è relativamente breve in rapporto alla rapidissima diffusione: d'ordinario noi abbiamo potuto constatare che dopo 20-30 giorni dall'inizio della epidemia i casi nuovi cominciavano a diminuire e dopo un mese e mezzo si può dire che dell'epidemia non rimanevano che gli strascichi sotto forma di malati gravi o di tarde convalescenze.

Anzi abbiamo veduto la popolazione d'ordinario impressionata quando i malati erano moltissimi, ma l'epidemia per sè era sul declinare.

Nessuna età è rispettata: si ammalano bambini, giovani, adulti, vecchi; però se un confronto si deve fare, tenendo conto anche della mortalità, si vede che l'età meno colpita è la età avanzata. Se è lecito usufruire delle proprie impressioni, senza la possibilità di portare delle cifre, dirò pure che non ho visto che raramente tra i vecchi forme di una certa gravità. Forse non è estraneo al fatto la possibilità di una eventuale immunizzazione da altre epidemie precedenti. I sessi sono egualmente colpiti: naturalmente in questo momento, data la scarsezza degli uomini, pagava il maggior contributo alla malattia il sesso femminile: il numero maggiore dei morti appartiene pure al sesso femminile. La malattia non risparmia le classi abbienti: non è possibile fare una percentuale, e le cifre assolute non hanno valore, perchè in un paese agricolo il numero dei veri abbienti è tanto scarso, che non ci meraviglieremo se le cifre assolute di mortalità dei ricchi, rispetto a quelle dei poveri, siano di gran lunga inferiori. Posso però ricordare che in un paesetto, una serie di vittime, a breve distanza di tempo una dall'altra, apparteneva tutta alla classe più abbiente del paese.

Come ho già accennato, *la causa della mortalità* è data quasi sempre dalle complicanze broncopolmonari: il rilievo, oltre che frutto di constatazioni personali, è evidente quando si paragonino le varie annate dei registri di mortalità. Da essi in maniera incontestabile e con un accordo, non smentitosi in nessun paese, risulta che dalle broncopolmoniti è dato l'aumento del numero dei morti: si tratta di paesi in cui la mortalità annuale è scarsa; in essi quindi spicca il rapido aumento in pochi giorni ed è facilmente rilevabile la malattia che è la causa di tale aumento. Ricordo che in alcuni centri la mortalità del

solo mese di luglio o di agosto raggiungeva la metà della mortalità totale annuale: in tutti poi la mortalità del primo semestre aveva d'ordinario superato la mortalità degli altri anni dal gennaio al dicembre, quando non aveva di già raggiunto il doppio. Tuttavia la percentuale di mortalità, dato il numero enorme di malati, è stata in tutti i centri scarsa. Essa ha raggiunto cifre non superiori al 2-3 %. La ragione è nel fatto che le complicanze broncopolmonari non sono molto frequenti; in realtà la mortalità tra di esse è piuttosto elevata (40-50 %).

Sul *periodo di incubazione* della malattia si può affermare con sicurezza che esso è breve: in qualche caso pare non debba superare uno o due giorni, nei casi che si prestavano ad utili conclusioni il periodo medio di incubazione si poteva calcolare a 48 ore.

I dati epidemiologici, poichè ogni certezza dell'agente etiologico manca, depongono per una *trasmissione* per le vie aeree superiori.

Probabilmente le bollicine che si emettono dagli ammalati con i frequenti colpi di tosse sono i veicoli più adatti al trasporto da ammalati a sani dell'agente della malattia.

(*Continua*).

STAZIONE SANITARIA MARITTIMA DI COTRONE.

Bacillo bipolare diplomorfo emosettico di una setticemia a tipo influenzale.

Nota preventiva del prof. R. CIAURI, maggiore medico, direttore.

Nel luglio scorso, per incarico della R. Prefettura di Catanzaro, ebbi occasione di esaminare il sangue e l'espettorato di due individui della stessa famiglia, marito e moglie, da Limbadi, deceduti in seguito ad una infezione a tipo influenzale contratta in un paese dove la malattia regnava in modo epidemico.

Comunicai, il 23 luglio u. s., i risultati delle prime ricerche batteriologiche, le quali escludevano l'influenza da bacillo di Pfeiffer; segnalai allora l'esistenza di un germe che mi apparve affatto nuovo nella patologia umana. Lo studio dell'argomento venne proseguito su quel materiale e su altro proveniente da malati sbarcati nella mia Stazione Sanitaria il 23 agosto scorso e deceduti in seguito ad una setticemia a tipo influenzale con gravi determinazioni pulmonari, ed infine anche su materiale proveniente da casi osservati tra militari del Presidio di Cotrone.

I primi risultati, perchè mi sembrano un buon contributo allo studio dell'etiologia di cotesta infezione, sono consegnati nella presente nota preventiva; altre esperienze sono in corso, che spero verranno presto comunicate in una seconda nota.

Il materiale sui cui ho instituito le ricerche è stato l'espettorato ed il sangue.

Nell'espettorato il germe talvolta si riscontra allo stato di assoluta purezza; nel sangue esso è l'unico e costante microrganismo che si rinviene.

Nei preparati per strisciamento colorato del sangue il microrganismo si rinviene frequentemente.

Col materiale (specialmente col sangue cavato da una delle vene del braccio degli ammalati) ho eseguito insemenzamenti in terreni varî di coltura ed inoculazione alle cavie (1).

Per le inoculazioni son ricorso tanto allo stropicciamento di materiale batterifero (espettorato, sangue, colture) sulla cute addominale rasa di fresco, quanto alla inoculazione sottocutanea di un'ansa di coltura in agar emulsionata in cmc. 1 di siero fisiologico.

Con la via percutanea le cavie non hanno risentito alcuna conseguenza nè hanno presentato nulla di notevole batteriologicamente.

Con le inoculazioni sottocutanee le cavie non hanno perduto l'appetito e la loro vivacità, nè presentato alcun disordine all'infuori di un abbassamento costante da 1-1 ½ grado della temperatura rettale.

Fin dal 3° giorno dalla inoculazione sottocutanea, le cavie presentano una setticemia costituita da un germe che sarà appresso descritto.

All'autopsia di tali animali, uccisi col cloroformio, non si è rinvenuto nulla di importante all'esame macroscopico dei varî organi e sistemi e nulla nel sito d'inoculazione.

Il sangue, prelevato asetticamente dal cuore, ed il succo splenico presentano, nei preparati per strisciamento e colorati, il germe anzidetto, il quale si è riprodotto costantemente ed esclusivamente nei terreni di coltura adoperati.

1° *Morfologia*. — Il microrganismo si presenta sempre sotto due aspetti morfologici che determineremo, per comodità di studio, forma α e forma β.

La forma α è costituita da bacilli lunghi μ 1.6-2.5, larghi μ 0.7, isolati o, raramente, come diplo-bacilli; la forma β è costituita da batterî ovoidali lunghi μ 1-1.6, larghi μ 0.5.

(1) Sono in corso esperienze sui conigli e sulle cavie variando la quantità del materiale batterifero da iniettare.

Entrambe le forme sembra si sviluppino nelle colonie in proporzione uguale.

Nei successivi passaggi in agar le due forme, pur conservando sempre le stesse qualità tintoriali, assumono le stesse dimensioni ed aspetto della forma β.

In un solo caso abbiamo trovato, accanto alle due forme antecedenti, dei filamenti lunghissimi, indifferenziati, gram-positivi.

Nei preparati a goccia pendente entrambe le forme si dimostrano animate da vivacissimo movimento browniano e da limitato movimento di traslazione.

2° *Colorazione.* — Le due forme offrono differenti caratteristiche tintoriali.

La forma α si colora nettamente con tutte le diluizioni di colori di anilina, e presenta nettissimo il fenomeno della colorazione bipolare.

La forma β invece offre notevole resistenza alle differenti colorazioni e si tinge in maniera estremamente limitata; essa appare come una ombra in cui però è nettamente distinguibile la sua struttura ovoidale e la sua più intensa colorazione bipolare; tale forma si colora abbastanza bene col Giemsa.

Mentre la forma α è decisamente gram-positiva, la forma β è decisamente gram-negativa, e nelle colorazioni di contrasto con vesuvina o fucsina assume ottimamente la colorazione gialla o rossa.

3° *Colture.* — È caratteristica essenziale e di assoluta costanza che nella colonia entrambe le forme si trovino associate, tanto nelle prime 24 ore che nelle colture vecchie.

Nel brodo, nelle 24 ore, a 37° C, si ha un lieve intorbidamento generale che quindi scompare in seguito alla formazione di una pellicola superficiale, resistente, un po' simile ma più spessa di quella del colera; in prosieguo, persistendo la pellicola, il liquido si rischiara e si forma un deposito di piccoli grumi nel fondo della provetta.

Eguale comportamento si ha nell'acqua peptonizzata, dove però la pellicola è più spessa e di più difficile disgregazione.

Nel brodo insemenzato secondo Haffkine non si ha alcuno sviluppo.

La prova dell'indolo, eseguita nel brodo e nell'acqua peptonizzata, è negativa.

Nell'agar semplice, in piastre, si ha, entro le 24 ore, sviluppo di colonie piccole e basse, a contorno poco ondulato, con margine chiaro indifferenziato e parte centrale uniformemente e finemente granulosa come per sabbia giallastra.

Nell'agar a becco di clarino si ha, entro le 24 ore, sviluppo di una patina poco spessa, biancastra, brillante, mucoide, che, presa con l'ansa, mostra un aspetto filamentoso come di *caoutchouc.*

Nell'agar semplice per infissione si ha sviluppo di una patina sottile in corrispondenza del punto d'ingresso dell'ago.

Nell'agar glucosato non si ha sviluppo di gas; in tale terreno tanto la forma α che la β perdono la facoltà di colorarsi bi-polarmente.

Sviluppo altrettanto rigoglioso si ha nell'agar Drigalski; il colore azzurro del terreno non viene modificato, e le colonie, piccole, hanno contorno sinuoso e policiclico, con superficie avente l'aspetto collinoso come di carta geografica in rilievo.

Nelle piastre di gelatina seminata per diluizione si ha solo sviluppo di colonie superficiali giallastre a contorno irregolare, a contenuto uniformemente granuloso. Nella gelatina per infissione si ha sviluppo in superficie e lieve fluidificazione a coppa.

Aspetto simile hanno le colonie nell'agar Dieudonné.

Nessuno sviluppo si ha nell'agar Endo.

Il latte non viene modificato.

4° *Reazioni sierologiche.* — Le esperienze finora non hanno dato luogo a risultati concludenti.

La sieroreazione per la peste è negativa.

Conclusioni. — Le presenti ricerche non possono avere un valore conclusivo se non in un punto solo, che, cioè, nell'attuale pandemia, accanto a forme febbrili a tipo influenzale che assolvono il loro decorso in pochi giorni senza dar luogo a localizzazioni viscerali ed a germe ignoto (cosiddetta febbre da pappataci, febbri da trincea, ecc.), accanto a forme clinicamente e batteriologicamente pfeifferiane, esiste una forma con appannaggio influenza-simile di particolare gravità, la quale, a differenza dell'influenza specifica, che lo è eccezionalmente, è essenzialmente una setticemia dovuta all'attività di un germe, il quale per i suoi caratteri morfologici e biologici potrebbe definirsi come *bacillo bipolare diplomorfo emosettico.*

Presentemente è impossibile stabilire alcun rilievo tassinomico atto a permetterne la sua classificazione tra i patogeni della clinica umana.

Per molti punti il parallelismo tra esso ed il gruppo dei germi della setticemia emorragica degli animali s'impone a considerazione: Dove però le analogie cessano, è quando si pensa che, all'infuori della peste, nulla si è finora constatato sull'esistenza di forme cliniche umane mantenute da germi simili a quelli descritti nelle setticemie emorragiche di varie specie di animali.

La divergenza con i germi anzidetti diviene

più assoluta quando se ne consideri la sua duplicità morfologica.

Tale duplicità non è accidentale, ma costituisce un fenomeno simbiotico obbligatorio di tanta costanza che merita un approfondimento di studio.

Il problema è esteso tra questi due termini: o si tratta di due germi distintivi, associati simbioticamente, o dello stesso microrganismo in differente stato evolutivo.

L'importanza del quesito non menoma però quella dei rapporti tra il germe da noi trovato e la malattia in riguardo alla legge di causalità; ond'è che, in attesa di ulteriori risultanze, la presente nota non si propone altro scopo che richiamare l'attenzione sullo argomento nuovo.

Per le conoscenze cliniche, microbiologiche ed epidemiologiche mi sembra che, nell'attuale forma morbosa, la setticemia costituisca il fatto primitivo e le determinazioni viscerali siano localizzazioni secondarie, extra-ematiche dell'infezione; le quali, specie per quanto concerne le bronco-polmonari, debbono avere grande importanza nella disseminazione del contagio.

Sento infine gradito il dovere di ringraziare i dottori Ignaccolo e Militano, batteriologi di questa Stazione, per l'aiuto prestatomi in questo studio.

Cotrone, 9 settembre 1918.

INFERMERIA PRESIDIARIA - FORLÌ

Osservazioni cliniche ed epidemiologiche sopra l'attuale epidemia detta febbre da pappataci o influenza estiva.

Dott. GIOVANNI MORELLI, capitano medico, direttore dell'infermeria.

Ho potuto osservare e seguire dal suo inizio lo sviluppo della presente malattia epidemica nelle truppe di questo presidio.

Il materiale di studio venne raccolto dai vari ospedali militari, dall'infermeria, dalle caserme e dagli stabilimenti militarizzati.

Di molti casi furono presi accuratamente i tracciati termici, in parecchi furono fatte ricerche batteriologiche.

EPIDEMIOLOGIA. — La malattia comparve verso la fine di aprile ed il numero degli individui colpiti aumentò progressivamente sino a raggiungere il massimo fra l'ultima settimana di maggio e la prima di giugno, per decrescere poi sino quasi a scomparire in questo mese.

L'epidemia fu preceduta nel marzo e nell'aprile dallo sviluppo fra le truppe di molti casi di broncopneumoniti e di pneumoniti a carattere atipico con presenza nell'escreato di varie forme cocciche ed in ispecie del diplococco capsulato, e di otiti medie suppurate con mastoiditi ed ascessi secondari del collo.

La malattia non predilesse una località in confronto d'altre; i primi casi si ebbero nel ... reggimento cavalleggeri ... il quale non occupava un'unica sede, ma era sparso in vari accantonamenti della città e del forese.

Nella caserma RR. CC. sopra cinquantadue militari furono costretti al letto, dal 1° giugno al 10, venticinque carabinieri, e gli altri ebbero forme lievissime, ambulatorie.

Negli ospedali la malattia venne dai ricoverati trasmessa a non molti individui degenti nelle stesse sale per altri processi, mentre il personale sanitario ne rimase rapidamente colpito.

Nell'ospedale Merlini, dopo tre giorni dal ricovero di due infermi per la forma in discorso, s'ammalarono simultaneamente ed in modo acutissimo tutti gli infermieri; così accadde nell'infermeria ed in maniera attenuata nell'ospedale Buon Pastore.

Nello stabilimento Fornace si ebbe lo sviluppo della malattia in tutti i militari.

I primi colpiti lo furono in modo lieve, sì da poter continuare il lavoro, gli ultimi in numero di dieci furono in uno stesso giorno costretti a mettersi in letto con sindrome grave.

Nello stesso tempo la malattia diffondevasi nelle altre caserme e nella popolazione civile con carattere di relativa benignità.

In questo periodo di tempo si ebbero notevoli squilibri di temperatura per abbondanti piogge con passaggi bruschi dal caldo afoso al freddo umido.

CARATTERI CLINICI GENERALI. — Nella sua forma normale la malattia ebbe una sintomatologia generale costantemente uguale in tutti i casi.

Prodromi insignificanti, esordio acuto, febbre elevata, cefalea frontale, dolori muscolari ed ossei diffusi, qualche volta rachialgia; rossore eritematoso del viso, del tronco, degli arti; iperemia congiuntivale, arrossamento caratteristico del palato molle — tale sintoma che è patognomonico della malattia sarà più ampiamente descritto innanzi —; fatti catarrali delle prime vie respiratorie nella maggioranza dei casi, lingua biancastra o bianco-sporca accompagnata o no da disturbi gastrointestinali. Milza e fegato quasi mai interessati. Nulla di notevole all'apparecchio uropoietico, al sistema linfatico; all'apparato circolatorio nessun sintomo di lesa funzionalità, in qualche caso bradicardia modica.

La malattia ebbe una durata variabile da

due a cinque giorni nei casi normali; la febbre raggiunse alla fine del primo giorno la sua massima altezza e cadde mantenendosi remittente per lisi, meno spesso per crisi, verso il quinto e sesto giorno; qualche volta rialzo febbrile in terza giornata. Astenia notevole ma non gravissima nella convalescenza.

Distinzione della malattia in tre gruppi. — La sindrome sopra descritta caratterizza la forma normale della malattia; però le sue svariate manifestazioni nel complesso dei casi mi permisero di distinguere in essa tre gruppi, i quali corrispondono a varie gradazioni dello stesso processo morboso, mantenendo ciascuno di essi una propria fisonomia.

1° *gruppo.* — È costituito da forme lievissime, ambulatorie, direi quasi abortive. Molto numeroso con sintomatologia manifestatasi esclusivamente coll'esantema, coll'enantema e con lievissimi fatti generali, malavoglia, debolezza, peso al capo, fugacissimi rialzi termici non superanti i 37° 8.

2° *gruppo.* — Rappresenta il tipo normale della malattia già descritto.

3° *gruppo.* — Comprende i casi gravi per la localizzazione dell'infezione in altri organi, con una casistica non troppo scarsa. Il più colpito fu l'apparecchio respiratorio con forme congestizie, broncopolmonari a focolai successivi, a carattere lobare, con polmoniti lobari e con escreato quasi sempre giallo-verdastro vischioso, spesso striato di sangue, spesso rugginoso.

La sindrome gastrointestinale non assunse quasi mai tale gravità da poter prevalere nel quadro della malattia.

In alcuni casi si ebbe vomito di sostanze verdastre, meteorismo, diarrea.

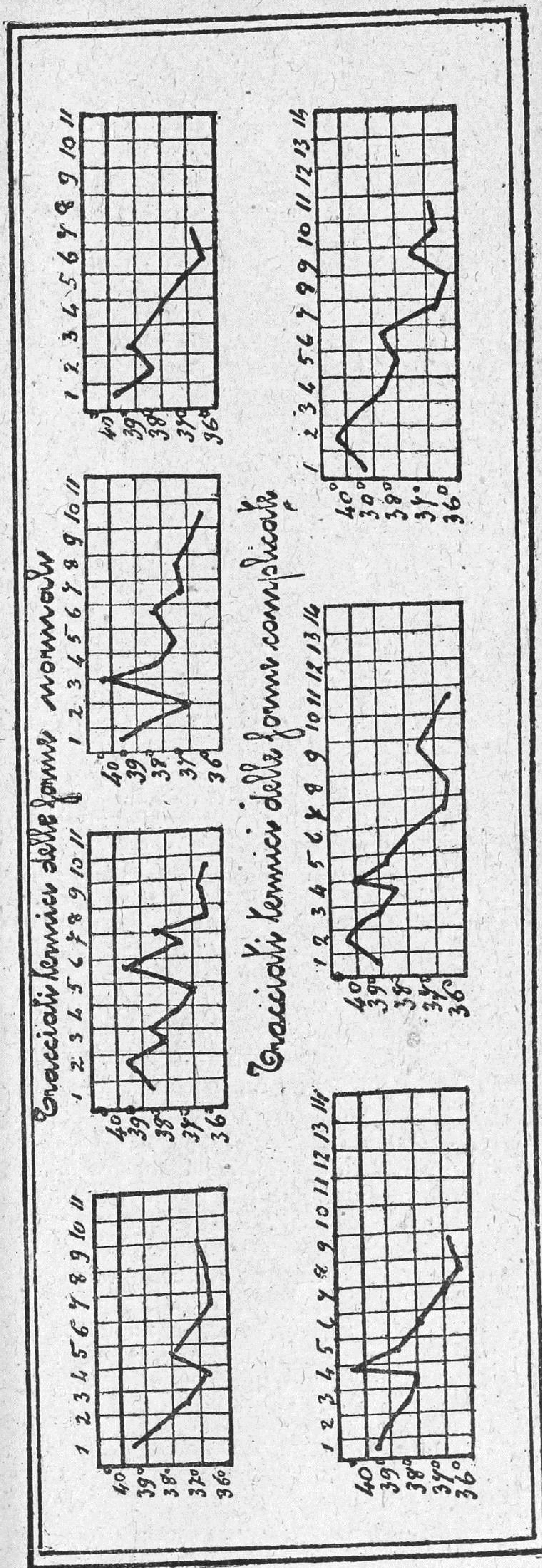
Il sistema nervoso partecipò alla malattia con cefalea, dolori agli arti, al tronco, con convulsioni in alcuni casi all'inizio del processo morboso, con lipotimie in altri pochi, con contratture degli arti superiori ed inferiori in alcuni altri malati; in due casi si notò rigidità della nuca ed accenno al kernig; il delirio fu osservato nelle forme polmonari.

I riflessi vasomotori sempre accentuatissimi — linea rossa — dermografismo.

Febbre e curve termiche. — Dalla misurazione della febbre si è riscontrato, come sopra si disse, *un ciclo termico* tipico il quale caratterizzò la forma normale della malattia.

Nelle manifestazioni del primo gruppo la febbre o mancò, o fu lievissima e fugace. La temperatura nelle forme del terzo gruppo seguì più o meno regolarmente la curva febbrile propria delle lesioni concomitanti.

Riporto alcuni tracciati.



ESANTEMA ED ENANTEMA.

Esantema. — Costituisce il sintomo più caratteristico di questa infezione.

Si trovò presente in quasi tutti i casi osservati.

Fu il segno rivelatore dell'infezione quando mancavano ancora od erano poco evidenti gli altri sintomi, così da dare parvenza al processo morboso di malattia esantematica. Fu sempre precoce.

L'esantema fu polimorfo, non in uno stesso individuo, ma nei vari individui.

Prevalse la forma eritematosa diffusa a fine punteggiatura di colore dal rosso vivo al roseo pallido, alle volte appena risaltante sulla pelle, alle volte rilevata, spesso poco visibile, ed allora si rendeva manifesta strisciando il dito sulla pelle.

Esso fu localizzato al viso, al tronco, agli arti superiori, quasi mai alle mani, meno spesso agli arti inferiori.

Frequentemente l'esantema aveva tutti i caratteri dell'esantema morbilloso, senza però presentare desquamazione alcuna e senza risparmiare le parti che comunemente non vengono colpite da quello della scarlattina e del morbillo.

In numerosi casi l'esantema dava alla cute l'aspetto di pelle marmorata e tale manifestazione fu notata specialmente nei casi lievissimi, afebbrili. In qualche caso venne osservato un'esantema oseoliforme. Così nel soldato Rizzi Alessandro l'esantema diffuso al torace e al dorso era costituito da roseole sollevate, rotondeggianti, che scomparivano alla pressione, per lo più isolate, con gruppetti di roseole confluenti. Il malato ebbe febbre per tre giorni non superiore a 37°.8, con 66 pulsazioni in media, 21 respirazioni al minuto, cefalea, dolori muscolari e rachialgia.

Nel soldato Lusuardi Filippo si ebbe esantema a carattere nodoso. Il malato presentava arrossamento delle fauci, e l'esantema era localizzato alla fronte, agli arti superiori nella regione estensoria dell'articolazione del gomito e del polso; era simmetrico e costituito da piccoli nodi rotondeggianti, isolati, rilevati di varia grandezza da un grano di miglio ad un cece, di colore rosso-vinoso non a carattere emorragico, in numero di trenta circa per arto.

Nel soldato Fanti Alberto si ebbe manifestazione erpetica bilaterale alla faccia, a numerose vescicole a contenuto giallastro diffuse alle pinne nasali ed alle labbra, le quali erano edematose.

Nel soldato Giavarrini Paride si ebbe orticaria a placche rilevate e localizzate alle ascelle, agli inguini, agli ipocondri, e con forme nummulari isolate e scarse.

Nel soldato Cesari Ambrogio le manifestazioni cutanee ebbero l'aspetto di *rash* circoscritto e somigliante ai *rash* localizzati del vaiolo.

L'esantema di colore rosso-cupo, uniforme, non rilevato, scomparente alla pressione, era localizzato in maniera simmetrica alle ascelle, agli ipocondri, attorno agli organi genitali, alle regioni poplitee e s'irradiava a ventaglio nelle parti limitrofe.

Si presentò all'inizio della malattia e dopo circa dodici ore scomparve completamente. La temperatura al momento dello sviluppo dell'esantema era di 39°.5, le pulsazioni 105, le respirazioni 40. Il malato non aveva cefalea intensa, nè dolori notevoli. Potè recarsi dalla caserma all'infermeria a piedi, senza sofferenze.

Venne isolato per misure igieniche. Dopo due giorni dall'inizio del processo morboso si presentarono fatti broncopolmonari con escreato muco-purulento sanguigno.

Temperatura:

Giorno	Mattina	Sera
—	—	—
20 giugno	—	39°5
21 »	—	39°
22 »	—	38°4
23 »	38°	40°3
24 »	38°6	37°7
25 »	38°4	—
26 »	37°8	37°9
27 »	apiretico	—

In alcuni malati l'esantema era costituito da macchie staccate, isolate, rade, irregolari, non rilevate, di colore rosso vivo, di grandezza variabile da una moneta da cinque lire a quella d'un centesimo, frammischiate a forme lineari allungate sottilissime, scomparenti alla pressione; alcune volte l'esantema era dato da un'unica macchia eritematosa, irregolare, buttata sul tronco come una spruzzata di pennello.

Enantema. — Fu riscontrato in tutti i casi, sì da riuscire sintoma patognomonico.

Si presentò prima dello sviluppo degli altri sintomi sotto forma di rossore eritematoso uniforme, qualche volta accompagnato da piccole punteggiature rossastre, e da principio localizzato al palato molle — all'ugola, ai pilastri — e delimitato da una linea trasversale tirata alla base dell'ugola stessa. Tale linea di demarcazione scompariva dopo pochi giorni per diffusione del rossore al palato duro ed anche al faringe. Le tonsille non si presentarono quasi mai tumefatte.

L'enantema non diede luogo a sensazioni

soggettive, tanto che i malati ignoravano il più delle volte la presenza della lesione.

Esso perdurò anche dopo la guarigione. Solamente in qualche caso diede disturbi nella deglutizione.

Con notevole frequenza, in due terzi dei casi osservati, si ebbe anche iperemia congiuntivale accompagnata a dolorabilità del bulbi oculari.

INTORNO AD ALCUNI CASI DEL TERZO GRUPPO.

1. Abboni Armando, ... artiglieria.

Entra all'ospedale il 15 maggio, proveniente dalla licenza ordinaria non ancora scaduta. Al suo ingresso ha 39°.1 di temperatura.

Racconta di essersi ammalato tre giorni fa con forte cefalea, dolori ai bulbi oculari, dolori muscolari diffusi e con febbre elevata preceduta da modico brivido, quindi con tosse e catarro delle prime vie respiratorie.

16 maggio. — È individuo di sana e robusta costituzione, in buone condizioni di nutrizione.

Ha la faccia totalmente e intensamente arrossata, quasi congesta, con congiuntive oculari fortemente iperemiche.

Il rossore del viso si estende al collo ed alla schiena, sì da dare l'impressione di un esantema scarlattiniforme.

Alle fauci notasi iperemia simile a quella osservata alle congiuntive, limitata all'ugola, ai pilastri ed anche al faringe; il palato duro è di colore giallastro, presenta però piccoli ma scarsi punti rotondeggianti rosei. Nulla di notevole all'apparecchio cardiovascolare. Il cuore è valido, regolare nelle sue contrazioni, che sono 78 al minuto, con temperatura di 38°.3 e 34 atti respiratori.

Apparecchio digerente. — Lingua biancastra, alito cattivo, ventre meteorico dolente, stipsi. Milza ingrossata col margine superiore lungo l'ascellare posteriore sul settimo spazio e palpabile sotto l'arco costale. Il malato però ha avuto parecchi mesi fa infezione malarica in Macedonia.

Apparecchio respiratorio. — Presenta dispnea. Alla percussione nessuna modificazione del suono; all'ascoltazione numerosi rantoli piccoli inspiratorî nella regione scapolare sinistra; nella regione toracica anteriore sinistra fra la terza e la settima costola numerosissimi rantoli di varia grandezza, in prevalenza a piccole e medie bolle.

Espettorato muco-purulento giallo-verdastro, non sanguigno, non rugginoso, abbondante. Urine chiare, abbondanti, non albuminuriche.

Dal 17 al 19 maggio condizioni immodificate; permane sempre la colorazione rosso-cupa del viso, l'iperemia delle congiuntive e delle fauci. In seguito a purgante ha avuto scariche alvine abbondanti; il ventre non è più meteorico. Polso sempre valido, regolare, tendente al raro. Ha avuto epistassi.

Diario del 20 e del 21 maggio. — Si è ripetuta l'epistassi. I fatti broncopolmonari si sono diffusi a destra in corrispondenza della base toracica posteriore.

Si è notata dispnea espiratoria con ronchi numerosi.

Dal 22 al 30 maggio si ha progressivo miglioramento del malato; scomparsa dell'arrossamento del volto e delle mucose; cade la febbre per crisi il 22 maggio per ricomparire modica il 25, accentuandosi il 27, stazionaria il 28 con caduta il 30 maggio. Dal 31 al 10 giugno apiressia. I fatti broncopolmonari però si mantengono presenti benchè attenuati.

L'11 giugno si ha riaccensione della febbre con 38°.6 al mattino e 40° la sera e con presenza di rantoli numerosissimi al lobo inferiore sinistro e destro.

Il 12 giugno temper. 37°.7; sono palesi rantoli agli apici.

Dal 13 al 17 giugno apiressia, pure persistendo rumori broncoalveolari diffusissimi. Convalescenza lunga, per la tenacità dei fatti polmonari, i quali poi si dileguano completamente.

Tracciato termico. — Soldato Abboni Armando, ... artiglieria, classe 1889.

Temperatura:

Giorno		Mattino	Sera		
15	maggio	—	39°		
16	»	39° 3	40°		
17	»	39°	39° 3		
18	»	38° 5	38° 2		
19	»	38° 3	39° 7		
20	»	39° 6	39° 8	Puls. 89	Resp. 34
21	»	38° 2	—		
22	»	36° 6	36° 2		
23	»	36° 6	36° 3		
24	»	37° 1	37° 7		
25	»	38° 2	38° 3		
26	»	38° 3	—		
27	»	39°	38°		
28	»	38°	37° 4		
29	»	38°	37° 4		
30	»	37° 7	37°		
1	giugno	36° 3	36° 8		
2	»	—	—		
3	»	36° 5	37°		
4	»	36° 8	36° 9		
5	»	—	—		
6	»	36° 4	36° 8		
7	»	36° 8	37°		
8	»	—	—		
9	»	37°	—		
10	»	37° 2	—		
11	»	38° 6	40°		
12	»	37° 7	38°		
13	»	36° 8	37°		

2. Rossi Francesco, ... cavalleggeri, classe 1893.

Entra all'ospedale Buon Pastore il 21 maggio con diagnosi di febbre gastroreumatica e con temperatura di 39°.6.

Riferisce che ritornato al corpo dalla licenza invernale, dopo sei giorni, e precisamente il 20 maggio, fu colpito da febbre improvvisa, elevata, da cefalea intensa, da dolori diffusi muscolari ed ossei.

Esame obiettivo. — Non ebbe mai malattie degne di nota. Individuo di costituzione scheletrica regolare in buone condizioni di nutrizione e di sanguificazione.

Si nota al viso un colorito rosso diffuso, iperemia delle congiuntive oculari, del velopendolo, del faringe.

Il malato non ha alcun disturbo alle fauci.

Apparecchio digerente. — Lingua bianca, alito cattivo, addome alquanto tumefatto, do-

lorabilità lieve nella fossa ileocecale, milza non ingrandita.

Nulla di apprezzabile all'apparecchio cardiovascolare; cuore valido con 96 pulsazioni al minuto e 39°.5 di temperatura.

Apparecchio respiratorio. — Fatti catarrali delle prime vie; respirazione alquanto aspra nell'emitorace destro posteriormente. Escreato scarso muco-purulento.

Diario del 23 maggio. — Alla base dell'emitorace destro suono smorzato alla percussione; rantoli a piccole e medie bolle all'ascoltazione. Temp. 38°. Puls. 85. Respir. 29.

24 maggio. — I rantoli si diffondono alla regione sottoscapolare e sottospinosa destra dove la percussione dà ipofonesi.

Anteriormente e lateralmente in corrispondenza della regione mammaria ed ascellare destra suono polmonare alto, aumento del fremito vocale tattile, diminuzione del mormorio, rantoli a piccole bolle inspiratorî, numerosi. Escreato muco-purulento non sanguigno.

25-26 maggio. — Ha avuto notevole epistassi. Temp. 38°.6. Respir. 30. Puls. 101. Temp. 38°.

Diario del 27 maggio. — Permane l'arrossamento del viso, delle mucose.

È presente arrossamento diffuso uniforme della cute del dorso, la pelle al torace anteriore ed all'addome è marmorata.

I fatti broncopolmonari si accentuano a destra. Stamane sono comparsi rantoli a medie bolle subcrepitanti nella regione sottoscapolare sinistra. Temper. mattina 38°, sera 37°.8.

Diario del 28 maggio. — Nella regione ascellare destra, nella regione sottospinosa destra soffio bronchiale a carattere tubarico; sulla rimanente aia polmonare destra rantoli a medie bolle inspiratorî ed espiratorî diffusissimi.

Respirazione superficiale ma non dispnoica. Escreato muco-purulento sanguigno. Polso regolare per ritmo.

100 puls. al minuto con temp. 38°.5. Temperatura serale 38°.2.

29 maggio. — Ha passato una cattiva notte con dispnea, delirio, agitazione.

Temperatura mattino 37°.7. Respir. 40. Pulsazioni 104. Escreato muco-purulento rugginoso.

Si sono accentuati i fatti broncopolmonari anche a sinistra, dove alla base toracica posteriore si ha alla percussione suono ottuso, all'ascoltazione soffio bronchiale che si diffonde in alto sotto l'ascella, con aumento del fremito vocale tattile.

30-31 maggio. — Temper. mattino 38°.5, sera 38°.2. Respir. 48. Puls. 108. Condizioni immutate.

1° giugno. — Risoluzione del processo morboso con caduta della febbre, sudorazione ed aumento delle orine. Temp. 37°. Puls. 89. Respiraz. 42.

Per altri cinque giorni, pur essendo il malato senza febbre, si ebbe escreato muco-purulento rugginoso ed immodificati si presentarono i segni broncopolmonari.

Il 7 giugno ha lieve rialzo febbrile: 37°.8.

Il 9 giugno si incide un ascesso alla faccia esterna del braccio sinistro.

Il 12 giugno il malato è completamente guarito.

Discussione clinica. — Per la sua sintomatologia, pel suo decorso, questa malattia deve essere compresa nel gruppo delle febbri di breve durata, di natura epidemica, al quale gruppo oggi, nell'incertezza dei dati batteriologici, vengono ascritte malattie di diverso nome, ma forse etiologicamente molto affini fra loro, le quali furono dette: febbri gastro-reumatiche, febbri estive, febbre da pappataci, dengue, febbre da trincea, influenza estiva.

Al *dengue*, malattia infettiva dei tropici, è stata avvicinata la presente epidemia.

Trasmessa all'uomo per mezzo del *culex fatigans* e di alcune *stegomye* si inizia pur quella con *forte febbre*, con *cefalea*, con *dolori toracici, lombari, degli arti; la febbre cade in terza giornata per crisi, per ricomparire dopo due giorni e con lo sviluppo in questo secondo periodo di un'eruzione che si inizia alle mani e si diffonde alle braccia, al tronco, alle gambe, a tipo morbilliforme o scarlattiniforme.*

Caratteri questi e modalità di sviluppo ben diversi da quelli osservati nell' epidemia attuale.

Febbre estiva, febbre da pappataci, influenza estiva. — Il prof. De Napoli, tenente colonnello medico (*Policlinico*, Sezione pratica, 1918, numero 26), ritiene che la febbre estiva, la febbre da pappataci, l'influenza estiva, non rappresentino che un'unica entità morbosa.

Egli, in base ai suoi studii, dà una descrizione della malattia che, meno poche eccezioni, collima con quella fattane dalla Direzione generale di sanità in una recente circolare e pubblicata anche nel *Policlinico*.

Nel complesso la febbre da pappataci ha moltissima somiglianza con la malattia in discorso.

In quella però *i bronchi non partecipano all'infezione catarrale delle prime vie aeree, mentre in questa l'apparecchio respiratorio è stato quasi sempre colpito.*

In quella costante la bradicardia, in questa presente in pochi casi.

In quella alterazioni frequenti e intense dell'apparecchio digestivo, in questa presenti ma di poca entità.

La febbre da pappataci *non è mai contagiosa direttamente dall'individuo malato al sano*, mentre da quanto è stato da me osservato, nella presente epidemia non è escluso il contagio diretto.

E ciò pei seguenti fatti.

Gran parte del personale sanitario il quale non dorme nelle camerate dei malati ma che ha un intimo contatto con essi, cadde rapidamente e simultaneamente ammalato dell'in-

fezione, mentre gli individui pure degenti nelle medesime sale, ed in ispecie i degenti per malattie chirurgiche che non potevano avere un diretto contatto coi primi, non ne furono colpiti che in numero esiguissimo.

Le sale degli ospedali trovansi per lo più alte dal suolo.

Il flebotomo non è stato riscontrato e gli individui caduti malati dell'infezione, benchè messi sull'avviso, non notarono la puntura dell'insetto, puntura che per mia vecchia esperienza ha un carattere tutto speciale.

Chi è stato punto da pappataci non dimentica mai quella puntura, la quale è diversa da quella della comune zanzara, dalla puntura delle zanzare malarigene e degli altri insetti domestici, diversa specialmente per la qualità del dolore da essa provocato e pel prurito speciale che lascia.

Dato inoltre il rapidissimo sviluppo nel tempo e nello spazio della presente epidemia, riesce poco convincente che il pappataci possa essere l'unico trasmettitore di essa senza ammettere un'enorme invasione di flebotomi, invasione che non sembra essere stata osservata.

La febbre di trincea rappresenta ancora un insieme caotico di processi morbosi di diversa natura, di diversa sintomatologia e di diversa interpretazione, sì che non può essere tenuta in considerazione nel nostro caso.

Può darsi che la presente epidemia *si sviluppi anche nelle trincee*, ma ciò non dà alla febbre di trincea un valore speciale.

Ed ora ci domandiamo:

Perchè la presente epidemia non chiamasi semplicemente *influenza?* Siamo forse troppo amanti del nuovo per dimenticare tutto quanto è stato osservato e descritto intorno alle grandi epidemie d'influenza?

Quando osservai i primi casi di questa epidemia corsi col pensiero a quelle manifestazioni morbose simili vedute in maniera endemica, sporadica spesso, modicamente epidemica nel corso di parecchi anni, in regioni diverse d'Italia, manifestazioni che chiamavansi forme da influenza; quando oggi rileggo nei trattati e nelle pubblicazioni la sintomatologia dell'influenza a tipo normale rimango colpito dalla sua somiglianza estrema con questa di cui parliamo.

In ambedue: prodromi, esordio, curva termica, esantema, enantema, lesioni dell'apparecchio respiratorio, dell'apparecchio digerente, complicazioni, convalescenza concordano esattamente; e bisognerebbe non dare più valore alla sintomatologia clinica se si volesse oggi negare che questa epidemia non fa parte dell'influenza.

Dall'esame batteriologico eseguito sopra l'escreato ed il secreto bucco-faringeo di alcuni malati di questa infezione, esame fatto nell'Istituto batteriologico militare diretto dal chiarissimo capitano medico dott. Calandra, risultò la presenza in essi di *gruppi di cocchi, di forme diplococciche,* DI GRUPPETTI DI FORME COCCOBACILLARI estremamente piccole — coccobacilli del Pfeiffer?

In attesa che la batteriologia ci offra buona luce, noi dovremo sempre ricorrere al vecchio e sano criterio clinico con affetto, con fiducia, quando vorremo impedire il disorientamento della nostra mente nella diagnosi delle malattie.

Forlì, 8 luglio 1918.

Ospedaletto da campo n. 54.

Epidemia di influenza.

Dott. Carlo Mario Pavesi, capitano medico.

Nella primavera inoltrata di quest'anno, endemie di influenza si verificarono in varii reparti di truppa con una morbilità anche del 90 %, così da preoccupare, sia pur per breve momento, le autorità militari: una stessa forma morbosa ha colpito la popolazione borghese di diverse provincie, impressionando, a quanto ha riferito la cronaca dei giornali quotidiani, le autorità sanitarie civili.

Il contagio è stato chiamato febbre tridua, febbre a carattere reumatico, febbre spagnola ed anche febbre da pappataci, dengue: non ci si è accontentati del vecchio nome italiano di influenza per cercare e creare del nuovo, procurando così inutili preoccupazioni alle autorità, le quali in questi momenti devono preoccuparsi di altri numerosi ed importanti problemi, e facendo sorgere un po' di panico tra la folla che ha seguìto ansiosa il momentaneo aumento di morbilità.

Chi conosce la psicologia della folla apprezzerà quanto sia importante questo piccolo particolare e converrà con me che in ogni momento della vita nazionale, ma specialmente ora, è necessario e doveroso sostenere con tutti i mezzi il morale della popolazione, accrescerne la forza di resistenza e togliere quindi tutto ciò che può riuscire nuovo. Non credo intanto inutile ricordare brevemente l'endemia di influenza che ho osservato fra la truppa da me dipendente ed in reparti viciniori: non intendo dire cose nuove ma rinfrescare, tutto al più, le idee in proposito a qualche collega neolaureato: che se poi le mie osservazioni e la diagnosi furono errate o se altrove furono real-

mente osservate febbri da pappataci o dengue a carattere endemico, io sarò ben lieto di provocare scritti i quali mi serviranno di insegnamento per la pratica del domani.

Premetto che, trovandomi con truppe mobilitate in continuo spostamento, ho dovuto per necessità limitarmi ad un esame dei pazienti quale può essere fatto da un medico pratico, tralasciando tutte quelle ricerche di laboratorio che, pur necessarie ed importanti per una diagnosi, sono però di competenza dello studioso il quale dispone dei necessarii mezzi di ricerca *ad hoc*.

Un rilievo mio, confermatomi dal maggiore medico signor dott. Silvestri, è che l'influenza ebbe una predilezione speciale in alcune zone (varie località attorno a Padova) per i militari. Come nelle epidemie passate, l'infezione si diffuse a zone, come un ciclone, seguendo però il cammino percorso dalle truppe in marcia, ed è lungo gli itinerarii di spostamento dei varii reparti che i medici condotti ebbero forme influenzali: piccoli focolai di infezione si verificarono lontano da questi percorsi, ma la causa si deve ricercare e si ritrova in militari ammalati, i quali furono là degenti per un tempo più o meno lungo.

Ho accennato a tale fatto perchè mi pare degno di rilievo, connettendosi al problema del modo di diffusione della infezione e più precisamente dei portatori di bacilli, problema che, per quanto è a mia conoscenza, non è ancora stato completamente sviscerato. Io non ho elementi per illustrare a fondo questo fatto od anche per discuterne: lo riporto perchè alcuno, leggendomi, possa interessarsene ed eventualmente intraprendere le ricerche del caso.

L'influenza, anche questa volta, è insorta violentemente ed ha subitamente dilagato, per passare ancora più presto: la morbilità in alcuni reparti è stata grandissima, impressionante: tra il personale dell'ospedaletto da campo n. 54 fu del 40 %.

L'agente patogeno della malattia fu scoperto nel 1892 contemporaneamente da Bruschettini e Pfeiffer: è un microrganismo che si trova nelle mucosità del naso e dell'espettorato bronchiale, si presenta a forma di bastoncino, si sviluppa nell'agar e si colora con il liquido di Ziehl.

Dai dati che abbiamo dagli storici della Medicina l'origine delle epidemie medioevali di influenza si deve ricercare nell'Oriente e si vuole che l'epidemia del 1890 sia dovuta a certi tappeti venuti dal Turkestan e messi in vendita a Parigi, di dove i germi morbosi dilagarono per l'Europa. Il contagio, allora, si diffuse caratteristicamente a zone, nelle quali nessuno degli abitanti ne fu immune e le statistiche diedero un aumento del 30-40 % nella mortalità normale.

La pratica ha dimostrato che non vi sono persone refrattarie alla infezione: essa colpisce persone sane e robuste, ma più specialmente coloro che sono indeboliti, convalescenti: i vecchi si ammalano più facilmente dei bambini e l'avere contratta la malattia non conferisce immunità.

Nei molti casi osservati in quest'ultima epidemia il carattere clinico essenziale è stata la violenza con la quale l'influenza ha esordito: l'individuo, che si trovava nelle migliori condizioni di salute era colto da brivido seguito da calore generale con dolori intensi al capo, alle articolazioni, ai lombi, malessere generale, stanchezza, anoressia, tendenza alla lipotimia, dolori ai bulbi oculari.

Ho visitato ammalati con la speciale *facies* da influenzato caratterizzata da corizza, lacrimazione e congestione degli occhi.

Ho potuto osservare in quattro casi leggero tumore di milza con dolorabilità alla palpazione: presso che sempre urine diminuite, più dense e abbastanza di frequente presenza di urobilina.

Questa la sintomatologia che ho rilevato nella forma comune o reumatoide di influenza che presentava inoltre febbre a 38°-39°, risolvendosi rapidamente in 36-48 ore con profusi sudori, senza che residuassero postumi degni di nota.

Successivamente a questa forma od anche indipendentemente da essa, ho potuto osservare una distinta forma clinica respiratoria, una digerente ed una nervosa, a seconda che si avevano manifestazioni predominanti a carico dell'apparato respiratorio, gastro-intestinale o del sistema nervoso.

Da qualche autore è ricordata una forma adinamica a me non occorsa, nella quale i sintomi cardiovascolari, che hanno pur sempre grande importanza nel corso della malattia, assumono tale prevalenza da costituire una forma a sè: in tali casi la gravità della malattia è data dallo stato del cuore, e si può arrivare a gravi forme di lipotimie, sincopi, accessi anginoidi, fenomeni di iposistolia, ecc.

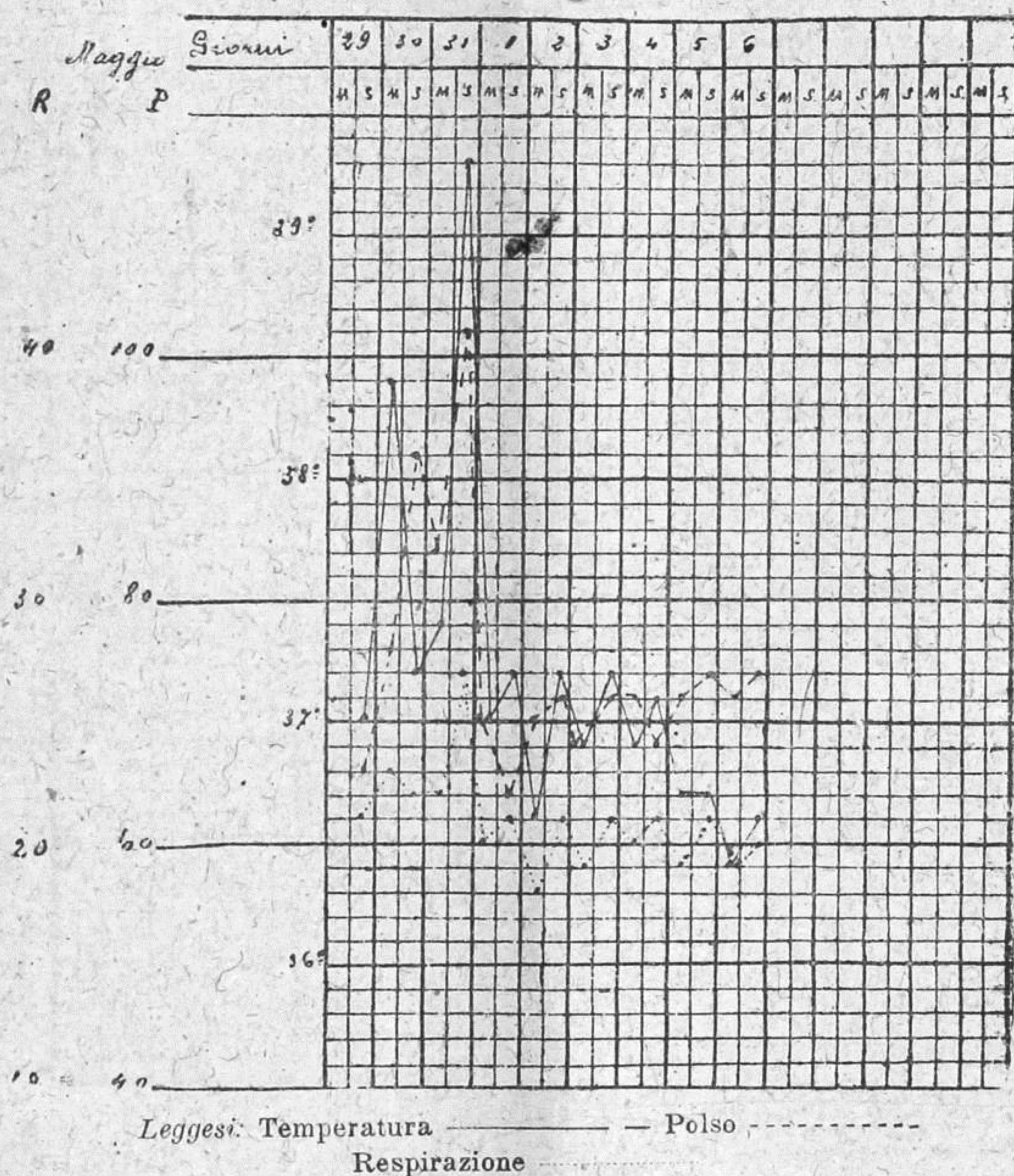
Le complicazioni più frequenti e più gravi dell'influenza sono quelle dell'apparato respiratorio: in un buon numero di soldati ho avuto corizza, angina, laringite e con facilità bronchiti e broncopolmoniti. Si può poi anche arrivare a polmonoiti a focolai confluenti, a pleuriti le quali si caratterizzano per il decorso lungo e torpido, che prepara il paziente ad in-

fezioni secondarie, quali la tubercolosi, gli ascessi polmonari, la gangrena.

A carico del sistema nervoso osservai cefalea, dolori, fatti di depressione alternati a fatti di eccitazione, nevralgie, iperestesie, insonnia: qualche autore ricorda casi con fenomeni di meningismo, con vere e conclamate meningiti: come postumi dell'infezione si ricordano disordini psichici, fenomeni bulbari e midollari, alterazioni degli organi dei sensi, nevrosi varie.

La forma digerente o gastro-intestinale l'ho avuta in parecchi militari con manifestazioni

Soldato F. Giulio



Leggesi: Temperatura ———— — Polso - - - - - - - -
Respirazione ········

da un semplice imbarazzo gastrico ad una gastralgia, ad una enterite con vomito, diarrea: si può però arrivare ad un vero e proprio ileotifo perchè il microbio può determinare alterazioni anche sulla mucosa intestinale.

Il decorso dell'influenza è vario, la prognosi è relativa alle eventuali complicazioni ed alla resistenza individuale del colpito.

Contro questa malattia, la quale ha una così grande tendenza a diffondersi, non è sempre possibile attuare misure profilattiche od almenon non sempre si raggiunge lo scopo.

Si è raccomandata la massima cautela contro le brusche vicissitudini atmosferiche perchè queste possono favorirne lo sviluppo, ma la pratica ha dimostrato che l'influenza ha colpito persone che si usavano i massimi riguardi. rispettando invece altre che si esponevano continuamente agli sbalzi della temperatura. È certo che precauzioni si debbono consigliare a coloro che hanno già lesioni organiche, che vanno facilmente soggetti ad infiammazioni delle mucose, che sono di costituzione debole, perchè non solo è facile che la malattia attecchisca, ma in essi assume una speciale gravità.

Comparsi i primi casi di influenza ho subito disposto per la più grande pulizia degli accantonamenti con latte di calce, per il rinnovamento della paglia, per l'esposizione al sole dei paglericci, delle coperte, degli indumenti personali.

Come misura profilattica ho fatto prendere, giornalmente, alla truppa, sali di chinina, ho curato in modo speciale l'igiene delle prime vie respiratorie facendo poi ungere le fosse nasali con vasellina all'acido borico. Ho fatto disporre in ogni ambiente sputacchiere, dimostrando al soldato la necessità di raccogliere l'espettorato perchè contiene i germi della infezione.

Ai colpiti ho prescritto il riposo in branda, una dieta leggera e liquida, qualche bevanda calda, latte: somministrai purganti oleosi e salini per tenere lubrico il ventre e attivai la diaforesi con decotti caldi di tiglio, the, ecc. Come farmaci ordinai antipirina, fenacitina, aspirina, sali di chinina, perchè la pratica ha

dimostrato che riescono utili sia per le loro virtù analgesiche e diaforetiche, sia per la loro azione tonica che antisettica generale.

Non sono partito dal preconcetto della maggiore o minore efficacia di un farmaco, ma mi sono regolato a seconda della forma che la malattia assumeva e della sintomatologia dei singoli casi.

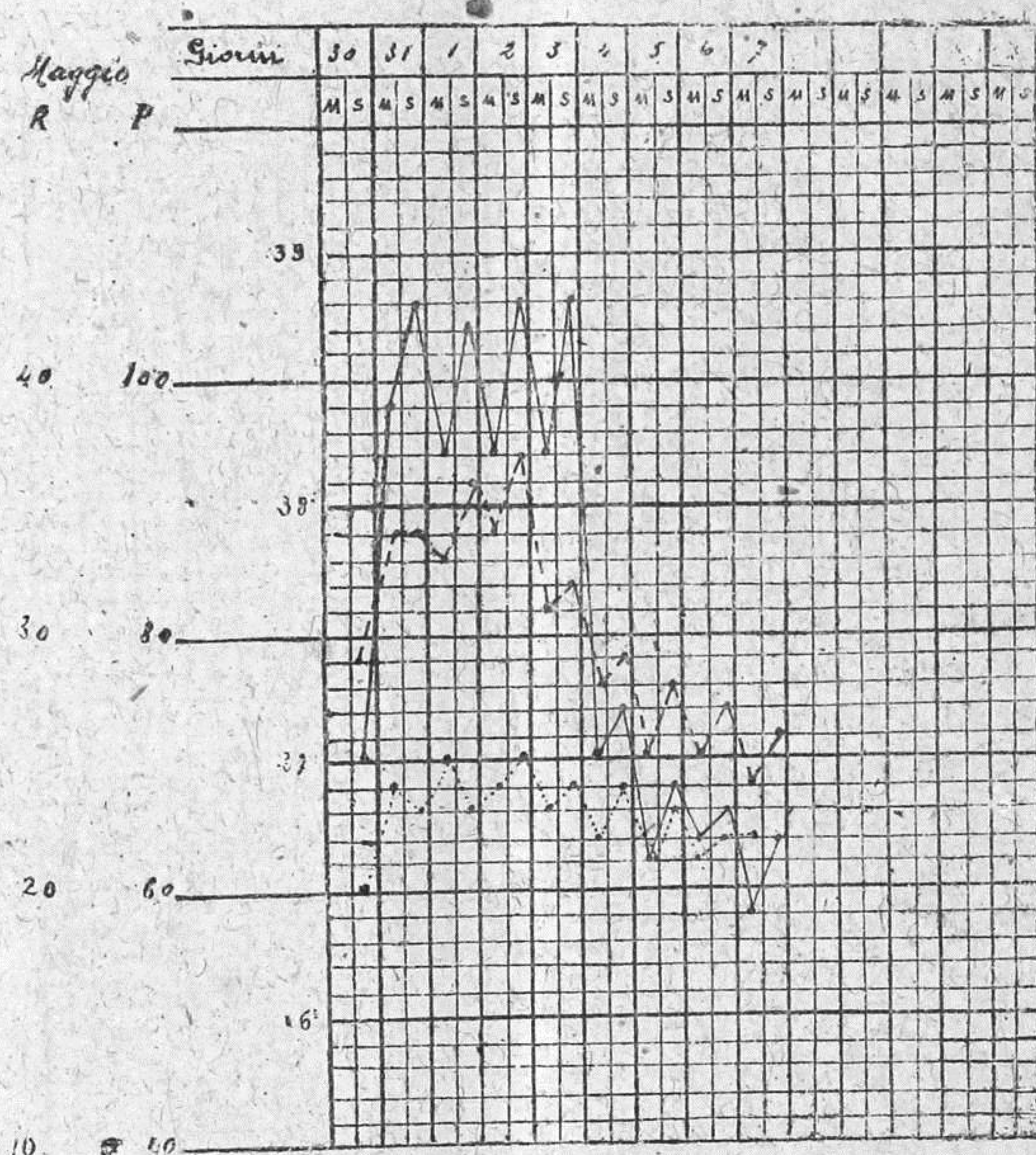
In ogni ammalato ho combattuto la tendenza alla lipotimia con somministrazioni di càffè, marsala, cognac ed alcuna volta con iniezioni di olio canforato, caffeina.

tare possibili complicanze a carico del sistema cardiovascolare-nervoso.

In un soldato colpito da forma nervosa (cefalea, notevole abbattimento, nevralgia dello sciatico sinistro, insonnia) ho avuto una curva termica (vedi 1ª grafica) con un acme che ricorda abbastanza la tipica curva termica del tifo addominale, delle febbri da infezione chiamate effimere; la curva termica di un ammalato di forma reumatoide (vedi 2ª grafica) fa pensare a quella da febbre intermittente.

In un ammalato di forma intestinale (ente-

Soldato S. Pietro



Nelle forme dell'apparato respiratorio, gastro-intestinale, del sistema nervoso, mi sono di volta in volta regolato a seconda della sintomatologia, avvalendomi degli ordinarii metodi terapeutici.

Nella convalescenza ho usato tenere i militari per qualche giorno a riposo assoluto ed a vitto speciale.

L'esame delle cedole cliniche ha fatto costantemente rilevare una tendenza spiccata alla lipotimia che, in ogni caso, ho validamente combattuto ed anche prevenuto con cardiotonici.

La temperatura ha presentato curve a tipi i più svariati: carattere costante, brusco innalzo di temperatura dopo il brivido ma decrescenza per crisi, pseudocrisi, lisi: decrescenza a volte così violenta da impressionare ed in ogni caso da richiamare l'attenzione del curante per evi-

rite acuta) dopo un periodo di remissione della febbre, con condizioni generali buone, ho avuto una recidiva con il ripetersi della sintomatologia prima osservata (vedi 3ª grafica): la reinfezione fu occasionata probabilmente da errore dietetico.

Dalle osservazioni che ho potuto fare e dalle notizie che in proposito ho avuto da superiori e colleghi, ritengo di poter affermare che la malattia, la quale è stata ricordata con varii nomi in questi ultimi passati mesi, è l'influenza, la vecchia infezione mal conosciuta che ogni anno è comparsa con carattere epidemico o endemico, senza preoccupare troppo l'opinione pubblica se non durante le rare epidemie a carattere maligno.

Quest'anno il contagio si è avuto a carattere endemico e benigno: la morbilità è stata molto grande, ma la forma si è risolta, nella mag-

gioranza dei casi, in 24-48 ore: si sono osservati anzi casi nei quali la febbre mancò del tutto e la sintomatologia si limitò ad un forte raffreddore con una insistente irritazione di gola.

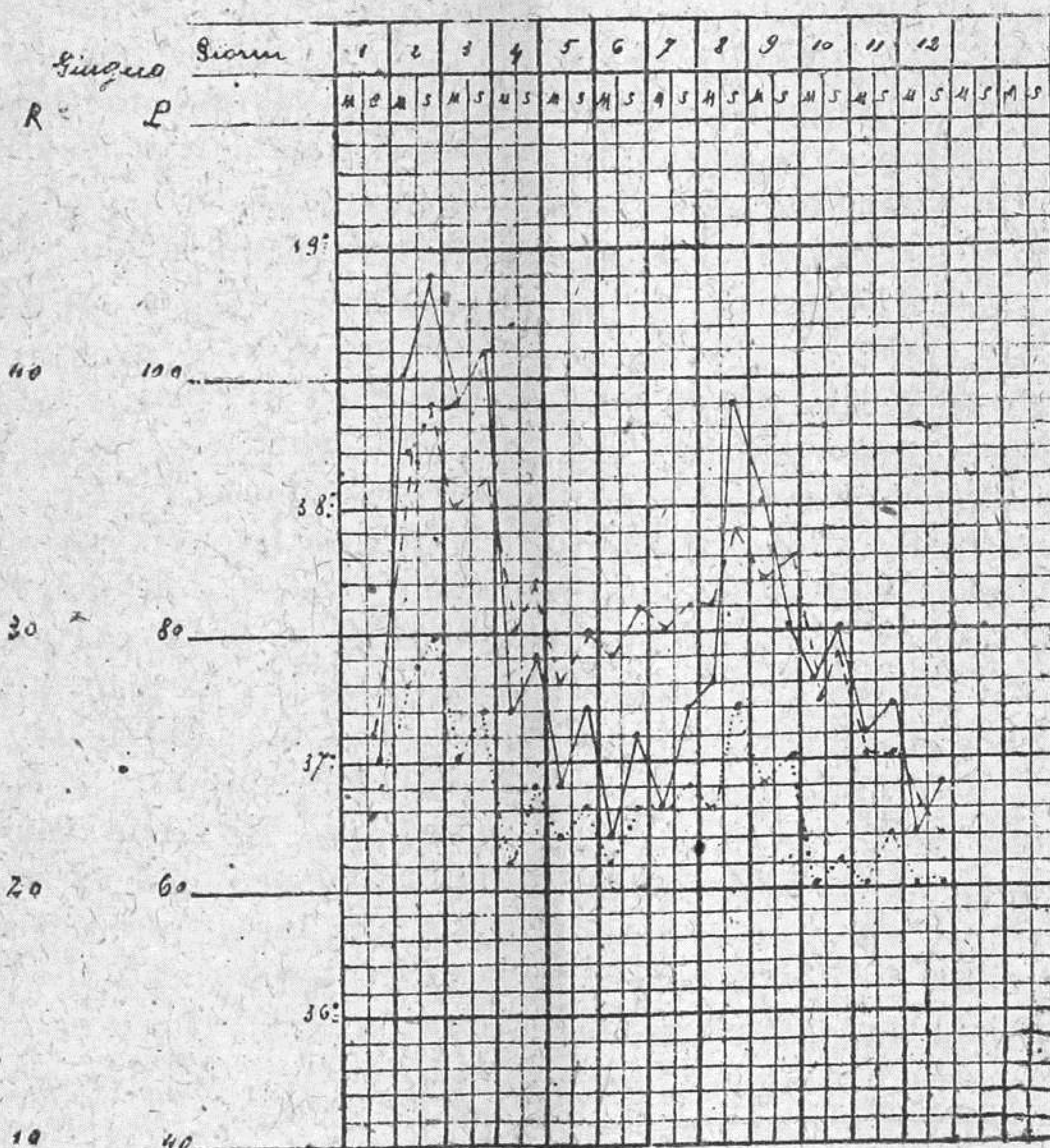
In qualche caso si sono avute frequenti vertigini dovute probabilmente ad una esaltazione della infiammazione delle fosse nasali, le quali sono in diretta comunicazione con l'orecchio.

Ho potuto osservare che l'infezione da bacillo di Bruschettini-Pfeiffer non dà un tipo di curva termica pressochè eguale, ma si possono avere le curve le più varie e disparate: in ogni caso specifico: buoni risultati si ottengono con le somministrazioni di preparati salicilici alternati con sali di chinina, ed è buona norma, al fine di evitare recidive, di continuare qualche giorno dopo l'apparente guarigione.

Le complicazioni che possono comparire si combattono di volta in volta con gli ordinarii metodi terapeutici.

Per la convalescenza è stato, da varii autori, consigliato un cambiamento d'aria: nel caso presente è sufficiente tenere gli ammalati per qualche giorno a riposo e curarne in modo speciale il rancio.

Soldato T. Placido



si ha un brusco innalzo della temperatura dopo il brivido.

Ogni ammalato presenta una decisa tendenza alla lipotimia ed è conveniente aumentarne la resistenza dell'organismo con somministrazioni preventive di tonici-eccitanti.

La profilassi che ho attuato (sali di chinina giornalmente, accurata igiene personale e degli accantonamenti, cure speciali con antisettici — gargarismi e pomate — alle prime vie respiratorie, pronto isolamento dei colpiti e dei sospetti) mi ha dato buoni risultati, perchè, pur trovandosi il mio ospedaletto in zona infetta dove altri reparti ebbero una percentuale di colpiti del 90 %, io ebbi solo il 40 % di ammalati con manifestazioni relativamente benigne.

Contro l'influenza non si ha alcun rimedio

Escludo che si trattasse di febbre da pappatacio, almeno nei casi osservati fra la truppa e fra i borghesi in zone attorno a Padova, perchè non sono riescito a trovare od avere alcun esemplare di *phlebotomus pappatasii* od anche a raccogliere tra la popolazione borghese indicazioni più o meno precise in merito. Due medici condotti mi vollero dire del pappatacio, ma così confusamente e caoticamente da convincermi che nulla ne sapevano (il *phlebotomus pappatasii* è un dittero piccolissimo, di colorito grigio-argenteo, ricoperto di peluria fine, che si muove con piccoli salti o piccoli voli).

Escludo anche si potesse trattare di dengue: in nessun caso fu constatata l'eruzione caratteristica seguita da desquamazione.

Zona di guerra, luglio 1918.

Per l'attuale epidemia di influenza.

Demmo a suo tempo la notizia che la Direzione generale di Sanità pubblica aveva nominato una Commissione con l'incarico di studiare dal punto di vista scientifico l'attuale epidemia e di segnalare le provvidenze che, durante i sopraluoghi, avesse ritenuto di proporre.

Abbiamo invitato la Commissione suddetta a darci per i nostri lettori brevi note sui resultati delle loro osservazioni, ed autorizzati dalla Direzione di Sanità, riportiamo questo interessante documento. Sarebbe desiderabile che le nozioni e gli apprezzamenti in esso contenuti trovassero larga via tra il pubblico: varrebbero a snebbiare pregiudizi, diradare allarmi ingiustificati, eliminare dicerie fantastiche.

Le discussioni mediche hanno oltrepassato gli argini dei giornali scientifici, hanno dilagato dalle accademie; il pubblico si è impadronito dell'argomento e gli ha conferito un sapore di fantastica esagerazione e di strano polimorfismo! Dalla Spagna è giunto qualche mese fa l'eco delle discussioni, alle quali appassionatamente hanno preso parte anche i giornali politici; la «malattia spagnola» ha acquistato dignità propria. La preoccupazione della folla si è rapidamente propagata e, non appena i primi casi della malattia epidemica si sono presentati nelle altre nazioni, una serie di notizie fantastiche ed allarmanti si è diffusa, più rapidamente dell'epidemia stessa. Nei crocicchi, i meglio informati hanno parlato di difterite grave epidemica, di tifo esantematico, di colera, di peste polmonare, di una misteriosa malattia infine che si nascondeva sotto lo strano e nuovo velo di «malattia spagnola!».

La classe medica non ha poco contribuito a confondere le già confuse idee del pubblico, poichè in ogni paese, in cui ha fatto capolino l'epidemia, si è sentito il bisogno di pubbliche interviste, nelle quali le opinioni erano discretamente disparate, di riunioni di accademie, convocate d'urgenza, nelle quali le divergenze erano la regola, di *referendum*, perfino, nei quali i più vari colori dell'iride scientifico erano rappresentati.

Così in Ispagna si è riunita per lo scopo la Reale Accademia di Medicina; a Parigi vi sono state relazioni, fortunatamente concordi, della Accademia di Medicina e della Società degli Ospedali; in Inghilterra vi è stata una insolita rifioritura di recensioni e di nuovi pareri; in Germania, oltre alla riunione medica di Monaco, un giornale ha fatto un *referendum* che è una magnifica raccolta di pareri discordanti: nella stessa colonna delle Autorità indiscusse in bacteriologia, affermano e negano.

I pareri scientifici e le «dicerie popolari» sono così nati: *la febbre spagnuola, l'influenza estiva, l'influenza vera, la febbre dei tre giorni o da pappataci, il dengue, una nuova entità morbosa, sono i pareri scientifici; la peste, il colera, la difterite bronchiale, sono le dicerie popolari.*

Nessuna meraviglia quindi, se, anche in Italia, a chi recavasi a Rosarno per studiare l'epidemia, in treno ed in gran segreto, un viaggiatore affermava: sapete, a Rosarno infierisce il colera! ma a Rosarno fortunatamente i malati erano tanto stitici da aver bisogno di purganti e di clisteri!

Dopo tante opinioni e tante dicerie è opportuno che le cose siano messe nei loro veri confini e che i medici, che ancora non hanno veduto la forma morbosa, sappiano di che cosa si tratta e dell'entità dell'epidemia.

Senza entrare nel problema non risoluto dell'agente etiologico, noi possiamo affermare *che per i caratteri epidemiologici e clinici la malattia attuale si presenta come epidemia d'influenza; diremo di più che essa riproduce in gran parte i caratteri epidemici e clinici dell'epidemia dell'*89-90: inizio della malattia brusco con temperatura elevata, cefalea, debolezza, prostrazione, dolori più o meno diffusi agli arti, al dorso; bruciore alla gola, scarsi fatti catarrali al principio della via aerea superiori, spesso epistassi. In generale la malattia guarisce in 2, 3, 4 giorni, talora in una settimana, lasciando un senso di stanchezza invincibile per una settimana o poco più. Non sempre la malattia decorre così benignamente: in una certa percentuale di casi fortunatamente non alta si determinano in quarta, quinta giornata delle *complicanze polmonari* (bronco-polmonite nodulare o confluente) che mettono in grave pericolo la vita anche di giovani sani e robustissimi. Le altre complicazioni sogliono mancare o sono rarissime. *La mortalità non supera mai il* 2-3 %.

Le autopsie hanno confermato i reperti clinici; le ricerche bacteriologiche solo in scarse percentuali hanno rivelato il bacillo di Pfeiffer e spesso eccezionalmente; non lo hanno riscontrato nelle complicanze polmonari, nelle quali sono stati ritrovati invece il micrococco catarrale, lo streptococco, lo stafilococco, il diplococco. Tali germi piogeni o patogeni specifici di altre malattie sono stati da alcuni isolati dal sangue; ad altri le emocolture hanno dato dei cocchi con modalità peculiari di aggruppamento o culturali; dalla maggior parte le ricerche sul sangue sono riferite come negative. Qualche voce accenna alla possibilità di un virus filtrabile. Tale incertezza dei

risultati delle ricerche etiologiche, se mette di nuovo sul tappeto in generale l'etiologia dell'influenza o meglio l'unità o la pluralità delle cause dell'influenza, non impugna la diagnosi clinica. L'influenza attuale è la stessa malattia che in forma epidemica attraversò l'Europa nell'89-90. D'altra parte, se il bac. di Pfeiffer aveva trovato concordi sul principio quasi tutti i bacteriologi, già dopo pochi anni aveva subito tutti gli attacchi di ricercatori come Kruse e Jochmann in Germania, e la sua specificità era nettamente negata dagli autori francesi: nessun danno quindi se nell'occasione utile la *questione è ripresa e serenamente risoluta*. Ma mentre i ricercatori indagano, è necessario evitare che la clinica della malattia cada in aberrazioni: «*l'epidemia attuale corrisponde ad una ripresa di virulenza epidemica dell'infezione influenzale: la denominazione è clinica e non pregiudica i risultati eventuali delle ricerche etiologiche*».

In Italia l'epidemia ha dato i primi segni nella primavera scorsa, qua e là, in vari centri della penisola.

Ma la manifestazione assunse proporzioni più rilevanti in taluni Comuni del circondario di Palmi, e successivamente nel Comune di Monteleone; poi comparvero nuovi centri: Parma, Sulmona, Caserta. Se le notizie circa la gravità delle malattie sono tutt'altro che allarmanti (guarigione nella maggior parte dei malati, scarso numero di complicanze, mortalità totale 2-3 %), d'altra parte le misure finora prese devono far dileguare ogni preoccupazione non giustificata. Seguiamo dappresso l'opera delle nostre Autorità sanitarie e politiche.

L'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica non poteva essere più alacre e completa: era necessario conoscere esattamente i limiti dell'epidemia e le note cliniche e possibilmente etiologiche della malattia che tante discordie all'estero avevano suscitato; era necessario provvedere intanto ai bisogni più urgenti delle popolazioni colpite, mentre nei limiti del possibile si dovevano prendere le misure per circoscrivere l'infezione o rendere meno gravi gli eventuali danni. Allo scopo il Direttore generale della Sanità pubblica, commendatore Lutrario, nominava una Commissione di studio composta dal prof. G. Alessandrini di parassitologia della R. Università, del prof. T. Pontano, aiuto della Clinica medica di Roma, del prof. R. Maggiora del Laboratorio bacteriologico di Stato, e forniva tutti i mezzi per uno studio largo ed accurato, sia dal punto di vista clinico che etiologico, sia per indagare della eventuale importanza di vettori alati, trasmettitori della malattia.

Tale Commissione, d'accordo con le Autorità sanitarie provinciali, ha potuto rendersi conto anche dei bisogni, e alle sue proposte la Direzione generale di Sanità ha dato rapida e sicura esecuzione. Alle Autorità sanitarie di tutto il Regno fu diramata una circolare che imponeva la denunzia dei focolai epidemici, perchè l'opera di pronto soccorso in nessuno venisse a mancare. Per una malattia siffatta non si trattava di denunziare i singoli casi, data la diffusione per via aerea dell'infezione, ma di conoscere i focolai per rendere sicura l'opera di assistenza, anche nelle attuali difficili condizioni, che tre anni di guerra hanno creato.

Era intanto attivata la funzione ispettiva coll'invio sui luoghi di Ispettori centrali sanitari, i quali dovevano, con la visione diretta dell'epidemia, informare le Autorità centrali della reale entità e dei pericoli dell'infezione, mentre potevano provvedere con provvedimenti rapidi ai bisogni più urgenti.

Nei centri colpiti privi di ogni assistenza ospedaliera, con i regolamenti in vigore del razionamento, difficile si rendeva la cura e la assistenza dei malati, nonchè la possibilità di una conveniente dieta. È facile intendere che specialmente l'assistenza sanitaria sarebbe venuta a mancare, data la diffusione quasi fulminea dell'infezione e l'immobilizzazione di tutta una popolazione, e per il fatto che i medici non erano risparmiati dalla malattia.

Uno dei problemi più gravi era l'assistenza sanitaria dopo le numerose chiamate alle armi dei medici. Ma ad essa si provvide per gli accordi subito intervenuti fra la Direzione generale della Sanità pubblica e quella di Sanità militare, la quale concorse con ogni buon volere compatibilmente alle esigenze di ordine bellico. Fu concesso un primo gruppo di medici, e poi altri successivi, dislocandoli ove maggiore era il bisogno. Non solo, ma a rendere più spedita l'opera di integrazione furono costituiti presso ciascun Corpo di armata nuclei di riserva di medici.

Sappiamo che nuovi nuclei si vanno costituendo.

Tra i medici provinciali si è stabilito un collegamento per rendere l'azione sinergica e perchè le energie di difesa non siano sprecate ma utilmente adoperate.

Per completare l'opera di assistenza naturalmente non erano sufficienti i medici, ed allora si è provveduto con l'invio dei militi della Croce Rossa in alcuni centri colpiti per

coadiuvare i medici nei molteplici bisogni dell'assistenza e delle misure profilattiche.

Nelle zone colpite rapidamente si esaurivano le riserve locali di medicinali, che in qualche paese o venivano a mancare o raggiungevano prezzi esorbitanti: a cura della Direzione generale di Sanità pubblica sono state confezionate centinaie di casse di medicinali fornite dei medicamenti riconosciuti utili o necessari per la cura della malattia e delle sue complicanze: tali provviste di medicinali sono state inviate alla prima richiesta, e, per la loro distribuzione quasi esclusivamente destinate ai più bisognosi, sono stati inviati sui luoghi farmacisti militari.

Sebbene le disinfezioni con uno scopo specifico antiepidemico fin dal principio siano state riconosciute poco efficaci, tuttavia si è creduto opportuno in un periodo tanto eccezionale, anche ad evitare concomitanze epidemiche, di rinvigorire i depositi, di creare delle squadre di 10 disinfettori ciascuna, ottenuti dal Comando Supremo. Altre squadre di riserva, una per Corpo d'armata, sono state costituite composte di 10 uomini ciascuna, guidati da un sergente, studente di medicina e proveniente in maggior parte dalla scuola di Firenze.

Per l'assistenza alimentare, che poteva costituire una seria preoccupazione nei piccoli centri, specialmente dove le riserve speciali di zucchero, riso, pasta, carne, si esaurivano rapidamente, il Ministero dei consumi interessato ha preso a cuore l'importante questione, ed ha con generosità provveduto carne, farina, riso, pasta, latte condensato, zucchero.

L'Autorità politica intanto ha vivamente interessato i Prefetti del problema, dando istruzioni precise circa i mezzi da adottare sia dal punto di vista profilattico, sia per l'assistenza sanitaria, sia per la vigilanza annonaria, sia per l'assistenza medica e farmaceutica, sì da assicurare le provviste dei medicinali anche per i poveri.

Anche questa volta le Autorità politiche e sanitarie si sono trovate non solo preparate, ma pari a tutte le evenienze, anche quando problemi, piccoli in altre occasioni, assumono ora importanza speciale e presentano serie difficoltà: il nostro amor proprio richiede in questo momento che le Autorità siano da ogni classe di persone secondate, e mentre l'opera degli studiosi continua tra difficoltà non lievi per rompere il velo di mistero che ancora copre l'agente morboso della malattia, la popolazione tranquilla deve affrontare con sicura coscienza la forma epidemica senza lasciarsi deviare da false voci o da allarmi ingiustificabili.

PONTANO T. - MAGGIORA R. - ALESSANDRINI G.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La voce degli altri

Finora delle condizioni d'inferiorità morale e materiale fatte ai medici delle organizzazioni sanitarie militari si era occupata solo la stampa professionale. La stampa politico-quotidiana, pur avendo più volte riconosciuti ed apprezzati i meriti del corpo sanitario militare, non aveva mai fatto eco alle giuste lagnanze ed alle reiterate e modeste richieste atte a sanare uno stato di cose che non costituisce davvero la ricompensa adeguata e tanto meno il premio di tante prestazioni e sacrifici.

Oggi possiamo contare sulla cooperazione della stampa politica. Il *Messaggero* di Roma nella prima colonna nel numero del 23 settembre pubblicava il seguente articolo editoriale:

« V'è ancora chi ama discutere — nelle supreme sfere militari e civili — intorno all'attività dei medici militari e militarizzati in tempo di guerra: e, anzitutto, può e deve essere compreso il corpo sanitario fra i corpi combattenti? I più sono di parere contrario. Ma quaranta mesi di guerra hanno dimostrato che la classe dei sanitari ha dato un largo contributo ai lutti gloriosi della santa lotta contro l'eterno nemico, mentre gran numero di essi soffre le pene della prigionia, mentre una falange assai più numerosa e più fortunata ha potuto fregiare il braccio del nastrino dei feriti.

Noi abbiamo in zona di guerra 5600 medici oltre a 3000 aspiranti; e altri 5000 sono impiegati nei servizi territoriali. Ebbene, finora il corpo militare sanitario conta circa 350 morti e un numero triplo di feriti. I prigionieri sono più che 400.

E pure i nostri ufficiali medici richiamati in servizio militare, mentre hanno dovuto abbandonare all'improvviso clientele faticosamente guadagnate e interessi cospicui, forse radicalmente distrutti, lasciando spesso le famiglie in condizioni assai tristi e preparandosi un dopo-guerra tutt'altro che lieto, godono, nei riguardi degli altri ufficiali chiamati a servire la patria, un trattamento di assoluto sfavore. Le loro promozioni sono di una lentezza deso-

lante. E mentre un ufficiale combattente, tenente colonnello al principio della guerra, è già comandante di armata o di corpo di armata, un tenente colonnello medico di carriera (della classe del '61) è ancora... tenente colonnello. Mentre vediamo fra gli ufficiali delle armi combattenti maggiori a 25 o a 30 anni, nel corpo militare sanitario si è maggiori ancora a... cinquanta anni e capitani a quaranta e così via. Le promozioni straordinarie sono rarissime, mentre sono tutt'altro che rare le prove di eroismo e di abnegazione.

Per quanto si riferisce ai prigionieri vi è ancora un'altra curiosa disparità di trattamento. Gli ufficiali prigionieri rimpatriati non possono tornare e non tornano al fronte: possono prestar servizio soltanto fuori della zona di guerra. Gli ufficiali medici prigionieri se hanno la buona ventura di essere restituiti — sia pure per cattiva salute — alla patria, possono essere richiamati in servizio anche in prima linea.

Conclusione: nell'ora in cui si riconoscono le benemerenze di tutti coloro che servono con onore, con coraggio, con zelo la Patria, apprezziamo al suo giusto valore l'opera dei medici, di quelli in ispecie che sono sulla linea del fuoco, e facciamo che non sia più stridente la loro situazione in rapporto a quella degli ufficiali cosiddetti combattenti. E fra gli eroi non dimentichiamo coloro che al fronte o nelle retrovie, negli ospedali militari o civili, combattono con nemici più insidiosi e più pericolosi dei fanti e delle artiglierie austro-tedesche: negli ospedali d'isolamento per gravi malattie infettive, dove la morte imperversa con ferocia cieca e brutale. Anche in queste « zone grigie » si combatte e si muore. Si combatte con serenità, con religione, con entusiasmo; e si muore, spesso, silenziosamente, senza un grido di protesta e senza il conforto di un alloro! Sanità militare, Croce Rossa e Sanità civile hanno dato, di recente, e continuano a dare nomi e nomi all'albo degli eroi negletti « vittime del dovere ».

Ad essi tutta la nostra commossa ammirazione!

Alle autorità competenti il dovere di valutar meglio e meglio compensare l'opera nobilissima dei medici d'Italia ».

Noi che da tre anni ormai andiamo sostenendo la necessità che al personale medico militare sia fatto un più equo trattamento, sentiamo tutta la soddisfazione di questo consenso del diffuso giornale politico. E davvero non potevamo pretendere che la difesa della nostra causa fosse fatta con maggiore calore e maggiore efficacia.

La condizione d'inferiorità del corpo sanitario militare diventa col prolungarsi della guerra sempre più apparente. Mentre le promozioni nelle armi seguono un ritmo sempre più accelerato, nella sanità militare lo stato gerarchico costituitosi con lo scoppiare della guerra è rimasto presso che inalterato. Molto si potrebbe aggiungere a quanto ha scritto il *Messaggero*. Del resto non mette conto di insistere su fatti che noi abbiamo ripetuto fino alla noia. Ora dobbiamo esprimere solo la speranza che se non fu sempre ascoltata la voce della classe, che poteva sembrare interessata e non era, siano presi in considerazione i rilievi fatti dalla stampa politica e siano adottate adeguate determinazioni.

Pangloss.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'unificazione dei servizi sanitari.

L'on. Dore ha presentato interrogazione al Presidente del Consiglio per chiedere se tenendo conto che il servizio sanitario deve essere esplicato cogli stessi criteri di profilassi e di cura così nella popolazione civile come nell'esercito, non creda necessario di dargli una assoluta unità di indirizzo riunendo presso un sottosegretariato al Ministero degli Interni le due direzioni di Sanità civile e militare.

Pei militari colpiti da malaria.

L'on. Giovanni Amici ha presentato la seguente interrogazione al ministro della guerra: « Se abbia notizia che militari colpiti da malaria sieno stati destinati a passare la convalescenza loro concessa a Oriolo Romano, ove vengono accampati sotto le tende, contro ogni più elementare norma di igiene ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7429) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. P. Z. da F. — Il medico condotto, sia per i soli poveri, sia a cura piena, come impiegato comunale, non è tenuto a pagare la tassa esercizii. Il libero esercente vi è obbligato in proporzione del retratto che riceve dalla prestazione professionale.

(7430) *Pensione.* — Dott. F. Z. da P. — Tenuto conto dell'età e degli anni di servizio che avrà all'epoca del collocamento a riposo, liquiderà l'annua pensione di lire 922.

(7431) *Certificati medici.* — Dott. P. R. 7876 da M. — Non esistono raccolte in unico volume le norme per il rilascio di certificati medici ai pazienti che hanno bisogno di vitto carneo nei prescritti giorni di magro. Il medico nel suo certificato, che sarà redatto nella forma comune per ogni certificato ed in carta libera, indicherà il numero dei giorni durante i quali la somministrazione deve aver luogo.

(7432) *Elenco dei poveri ammessi a cura gratuita.* — Dott. G. I. da T. — Le formalità che occorrono per la redazione dello elenco sono le stesse

che sono prescritte per le ordinarie deliberazioni di Giunta. È prescritto l'intervento alla seduta del medico condotto, ma non a pena di nullità. Costui, però, sia nel caso che il Comune trascuri la redazione dell'elenco, sia che lo abbia fatto senza l'intervento del sanitario in modo esageratamente esteso, ha diritto di protestare in via legale per chiedere o l'adempimento dell'obbligo di legge nel primo caso, od un congruo aumento di stipendio ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria nel secondo. Il detto elenco deve essere riveduto ogni anno ed ogni variazione durante tale periodo di tempo deve essere fatta con le medesime formalità usate nella prima compilazione. I proietti vanno considerati come parte della famiglia in cui convivono fino a quando vi convivono. Così parimenti le persone di servizio. Il medico, quando non ne sia obbligato per capitolato e quando nel Comune esista altro collega, può, nei casi non urgenti, declinare la chiamata. Il sindaco sotto la sua personale responsabilità può rifiutare la firma alle ricette che non crede confacenti o costose, tenuto conto dei fondi stanziati in bilancio per la somministrazione dei medicinali ai poveri. I certificati di vaccinazione sono rilasciati gratuitamente a cura del Municipio. *Doctor* JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 3110:

1° *quesito.* — Nessuna circolare nel senso da Lei accennata esiste sul *Giornale Militare.*

Può darsi si tratti di una norma di massima impartita dal Comando Supremo, ma nulla è stato pubblicato in proposito.

2° *quesito.* — Per avere il libretto ferroviario occorre Ella ne faccia domanda per via gerarchica al Ministero della guerra (Direzione generale Servizii logistici ed amministrativi - Divisione trasporti) allegando la sua fotografia, che dovrà venir inserita nel libretto.

All'abb. n. 1698:

Ella può chiedere di venir promosso al grado di *capitano medico di complemento* per titoli, allegando quello di aver compiuto oltre 15 anni di esercizio professionale. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Associazione della Croce Rossa Italiana ha conferito le seguenti ricompense per meriti acquisiti durante la guerra:

MEDAGLIA D'ORO al tenente generale medico Claudio Sforza ed al maggiore generale medico Francesco Della Valle;

MEDAGLIA D'ARGENTO ai colonnelli medici Francesco Morino ed Efisio Sulliotti.

NOTIZIE DIVERSE

Per combattere l'epidemia influenzale.

Fin dal primo manifestarsi della malattia in forma epidemica, la Direzione generale della Sanità pubblica ha attuato una serie di misure, le quali si sono dimostrate praticamente efficaci.

I lettori ne troveranno una circonstanziata notizia nella relazione che riportiamo a pag. 936 e segg.

***

Nella città di Roma sono stati adottati alcuni provvedimenti che meritano di fissare l'attenzione. Le autorità ospedaliere hanno fatto sgombrare alcune corsie, per accoglervi i malati d'influenza; hanno sospeso le visite ai malati e feriti degenti negli ospedali da parte delle persone di famiglia, ecc. Il Comune ha fornito 50 letti all'Amministrazione degli ospedali. L'Ufficio d'igiene ha diramato un comunicato ai giornali cittadini, in cui raccomanda alcune norme precauzionali relative sovratutto all'igiene generale.

Il colera a Pietrogrado.

Secondo il *Fremdenblatt* di Amburgo, durante l'estate di quest'anno il colera ha fatto strage a Pietrogrado: fino al 3 agosto vi si erano verificati 20,000 casi con 1100 decessi.

Per finire.

Il *Journal Americ. Med. Assoc.*, che di solito è bene informato anche sulle cose italiane, reca, nel numero del 17 agosto u. s., la notizia che in Roma, a causa del prevalere dell'influenza spagnola, il Municipio ha fatto chiudere i teatri, i cinematografi ed altri luoghi di trattenimento ed ha vietato, fino a nuovo ordine, le riunioni nelle chiese ed i pubblici concerti e che ha comminato la multa di lire 5000 o tre mesi di prigione per le infrazioni.

Così si scrive la storia...

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . *Pag.* 939
Bacillo diplomorfo emosettico di una setticemia a tipo influenzale . . . . . . » 926
Epidemia di influenza: clinica, epidemiologia, etiologia . . . . . . *Pag.* 917, 926, 931
Voce degli altri (La): i medici militari . » 938

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. Roma, 6 ottobre 1918 Fasc. 40.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: T. Pontano: Note cliniche, epidemiologiche ed etiologiche sulla attuale epidemia di influenza. — **Riviste sintetiche**: G. Dragotti: La encefalite letargica epidemica — **Analisi e commenti**: M. Levi della Vida: A proposito di una forma batterica descritta col nome di « B. diplomorfo bipolare emosettico » rinvenuta in malati di influenza. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: Vaquez e Donzelot: L'attitudine funzionale cardiaca del soldato. — CHIRURGIA: Cl. U. Collis e G. H. Weber: Chirurgia della cistifellea.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Le neuralgie professionali. — TERAPIA: Aspirinismo cronico. — L'azione della canfora sul cuore. — Antagonismo fra l'atropina e certi emetici. — **Posta degli abbonati. — Cenni bibliografici. — Varia.**

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria: L'opera della sanità militare contro l'attuale epidemia. — **Atti parlamentari. — Risposte a quesiti e a domande. — Condotte e concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Medicina sociale:** Per la lotta contro la malaria. — **Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Note cliniche, epidemiologiche ed etiologiche sulla attuale epidemia di influenza.

Prof. TOMMASO PONTANO,
docente di patologia medica.

(Continuazione e fine, vedi fascicolo precedente).

RICERCHE ETIOLOGICHE.

Le nostre ricerche si sono rivolte, guidate dagli elementi raccolti dall'esame clinico e dalle conoscenze dei resultati ottenuti da altri in passato e nell'attuale malattia, alla ricerca del bacillo di Pfeiffer, alle ricerche del contenuto bacterico del sangue, del muco faringeo, dell'espettorato delle complicanze polmonari, alla possibilità di protozoi nel sangue circolante, alla trasmissibilità della malattia negli animali di laboratorio per mezzo del sangue e dei prodotti patologici, alla ricerca di germi negli organi dei cadaveri, sezionati dopo poche ore dalla morte.

La ricerca del Bac. di Pfeiffer per mezzo delle *emoculture* ha dato sempre resultato negativo. *La ricerca del Bac. di Pfeiffer nell'espettorato* o *nel muco faringeo* di numerosi casi freschi della malattia, su strisci, colorati a lungo, con fucsina fenica, solo in pochi casi ha rilevato delle forme cocco-bacillari del tutto

simili al bac. di Pfeiffer e non in grande abbondanza. Gli altri germi erano rappresentati presso che per qualità e quantità dai tipi che sogliamo vedere nelle comuni affezioni delle vie respiratorie al di fuori dell'epidemia di influenza.

Le culture su piastre del muco faringeo e dell'espettorato in terreni speciali (agaar-sangue, agaar-siero, agaar-emoglobina), hanno permesso in un solo caso (broncopolmonite confluente) di isolare il bacillo di Pfeiffer; esso non è stato riscontrato nel materiale prelevato dal faringe dei malati recentissimi (1°-2° giorno di malattia), seminato, dopo accurato lavaggio in brodo o in soluzione fisiologica dei fiocchetti mucosi.

Le emoculture sono rimaste sterili, ad eccezione di un caso in cui si è isolato in cultura pura un cocco Gram-resistente. A controllo di tale reperto sono state successivamente praticate 16 emoculture su malati di un giorno o di 36 ore e i terreni sono restati sterili: da notare che le emoculture sono state praticate con quantità piccole (2-3 cmc) di sangue, come con quantità cospicue (fino a 10 cmc.).

Le inoculazioni sotto cute, nel peritoneo, nella cavità pleurica, intrapolmonari, di sangue di malati si sono mostrate inefficaci sia a determinare uno stato di malattia negli animali, come a determinare la morte. Solo i conigli sono morti di setticoemia diplococcica dopo le inoculazioni di sputo lavato.

I prelevamenti *per culture dai cadaveri* (dopo 5-6 ore dalla morte) sono state fatte dalla milza notevolmente tumefatta: (tumore settico): esse sono rimaste assolutamente sterili. *Le nostre ricerche adunque sono finora negative* e vedremo, dal confronto con le altre eseguite in Italia e fuori, che esse non sono prive di importanza per dilucidare lo scabroso problema etiologico.

QUADRO DELLA MALATTIA IN EUROPA.

Ho voluto, in rapido quadro sintetico, riassumere le note cliniche ed epidemiologiche della malattia quale ai nostri occhi è apparsa; ho accennato all'esito delle nostre ricerche etiologiche. È opportuno riportare brevemente i caratteri clinici, epidemiologici ed i resultati delle indagini etiologiche ottenuti fuori d'Italia e tra di noi, per cercare le identità e le differenze, e per vedere se una conclusione d'indole clinica ed etiologica è possibile ricavare allo stato attuale delle cose.

Quadro della malattia. — In *Spagna* il quadro generale della malattia non è gran che differente da quello da noi descritto nelle sue linee generali. Malattia in generale leggera, di breve durata, sul principio, tanto che da qualcuno fu attribuita alla febbre dei tre giorni (Pires de Lima), da altri riportata al tipo del dengue (Pittaluga), ha mostrato durante l'acme epidemico una gravità maggiore. Ha quasi costanti i sintomi catarrali delle vie aeree superiori, come complicanza predominante la broncòpolmonite. Basta dare una occhiata alle statistiche di mortalità di Madrid del mese di luglio, per rilevare che la percentuale massima, al di fuori dei casi denunziati come influenza, è dovuta a malattie polmonari. Qualcuno però descrive anche forme ipotermiche (F. Sans), qualcuno parla di forme gastrointestinali e nervose (I. Frigaray), sebbene la frequenza e la gravità delle complicanze spetti anche per tali autori alle broncopolmoniti. J. M. Barajas de Vilches ricorda complicanze polinevritiche, paralisi del velopendolo. Grinde tuttavia nota con insistenza che la sindrome è talmente uniforme, da costituire quasi una nota differenziale tra la presente epidemia e tutte quelle conosciute finora come influenza. Trivino, fra i sintomi da parte del polmone, nota frequenti emottisi.

La Commissione militare nominata per lo studio dell'epidemia, composta dai dottori Morales, Santalò, Noguera, in diversi materiali provenienti dagli infermi e dai convalescenti, ha isolato il bac. di Pfeiffer.

Coca trova il *micrococcus catarrhalis* ed eccezionalmente il bac. di Pfeiffer.

Jorge e de Acevedo in Portogallo sostengono che la malattia è dovuta al bac. di Pfeiffer.

Nella riunione dell'Accademia di Medicina di Madrid, l'opinione prevalente dei clinici è che al di fuori del resultato delle ricerche bacteriologiche, la forma clinica deve essere considerata come influenza leggera per sè, grave quando si complichi a broncopolmonite.

Nella *Svizzera* la forma clinica ha assunto un carattere certamente più grave che non nelle altre nazioni colpite, tanto da provocare misure generali da parte del Governo (chiusura di scuole, ecc.) e misure di difesa da parte di altre nazioni (chiusura di frontiere). Però anche qui, dalla relazione che il dott. Renault fa alla Accademia di Medicina di Parigi, la malattia non si differenzia da quella da noi studiata in Italia. L'A. accenna a manifestazioni cutanee (macchie di porpora, esantema scarlattiniforme), ma l'infezione decorre, nella massima parte dei casi, come una febbre influenzale, con emorragie nasali od uterine ed ha la com-

plicanza più grave e più frequente nelle localizzazioni broncopolmonari.

In *Francia* Joltrain, Banfle, Trémolières descrivono con le stesse note la malattia e parlano clinicamente di influenza; anche Chauffard si pronunzia clinicamente per una forma influenzale.

Le descrizioni che ci vengono dall'*Inghilterra* sono in generale concordi nelle linee generali della malattia e delle complicanze, ma qualche autore aggiunge dei particolari non notati finora da nessun osservatore nelle altre nazioni. J. Burnford nota una linfoadenite costante nel decorso della malattia pura e complicata, più spiccata nelle stazioni cervicali, ascellari, inguinali, tanto da sentire il bisogno di una diagnosi differenziale con la febbre glandulare. Holliday però contradice i reperti di Burnford, e afferma che su 1000 casi non ha trovato ingrossamento delle glandule che in un modestissimo numero di casi. Forse a causa della benignità del decorso della malattia, Wirgmann descrive la maggior parte dei casi come un tipo febbrile di tre giorni, senza complicanze. Anche Little, Garofalo, Williams, del primo laboratorio mobile canadese, parlano di un decorso di breve durata, senza ricadute e senza complicanze, di rapida convalescenza. Essi stessi, a malgrado della differente gravità della malattia, parlano di identità con la forma epidemica che in questo momento sta attraversando l'Europa.

In *Germania* ed in *Austria* gli autori si preoccupano sopratutto della ricerca dell'agente morboso, molti accennano per sommi capi ai sintomi della malattia e alla frequenza delle complicanze; forse dalla lettura delle relazioni si ha l'impressione che le complicanze e la mortalità siano più frequenti che tra noi. In generale frequentissime sono le forme catarrali, rare le reumatiche, rarissime le forme cerebrali e le gastrointestinali (Hesse). Anche Brasch trova frequentissime le manifestazioni del tratto respiratorio, e complicanze più comuni la polmonite catarrale e cruposa, e le forme gravi di pneumonite, in gente giovane e robusta.

Accenna a dolori pleurici violenti, che noi non abbiamo quasi mai osservato, tanto che abbiamo parlato di una dispnea indolora, e a frequenti essudati con tendenza al riassorbimento, che nelle epidemie da me studiate non erano mai constatabili. I fenomeni intestinali sono stati dall'autore osservati solo nel 5-6 %; anche egli accenna a manifestazioni cutanee, come esantema scarlattiniforme. La durata media è di otto giorni, la malattia non recidiva, la convalescenza è lunga. Kisskalt, Simmonds, Bergmann, Selter, ecc., le relazioni alla Accademia medica di Monaco sono di una rara uniformità nel riportare i caratteri clinici della malattia.

Identica adunque la forma morbosa che percorre l'Europa con la velocità di un treno, ed il giudizio dei più converge in una conclusione clinica presso che unanime: si tratta di influenza.

In *Italia* le notizie raccolte personalmente coincidono con quelle da me ricavate dall'osservazione dei malati; Sofrè trova che le complicanze polmonari si limitano a bronchiti più che a broncopolmoniti, che non sono rare le complicanze intestinali, che spesso l'esito letale dell'ammalato è determinato da gravi lesioni renali. Poichè le mie ricerche cliniche provengono in gran parte dalla stessa zona, nelle quali si è svolta l'attività dell'A., devo dire che le lesioni renali nelle forme gravi esistono e contribuiscono, come in ogni malattia settica, ad aggravarne il decorso; che le complicanze sono le broncopolmoniti e non le bronchiti; alla sintomatologia toracica, innumerevoli volte constatata, ha corrisposto il reperto delle autopsie, di cui darò relazione in un prossimo rapporto; dirò infine che ho cercato con insistenza le forme intestinali e non sono riuscito a trovare che banali diarree, o sindromi dissenteriche, di cui, all'infuori della presente epidemia, abbonda durante l'estate tutta la zona osservata, ma che nessuna nota presentavano in comune col tipo classico della malattia.

Mentre, nei primi passi dell'epidemia, qualcuno dinanzi alla mitezza delle forme si era pronunziato per una epidemia di febbre dei tre giorni (Gabbi, Montefusco), quando le note delle complicanze gravi si sono aggiunte e il decorso della malattia non ha più avuto una breve durata di due o tre giorni, *anche in Italia l'opinione della maggioranza ha concluso per una forma clinica d'influenza.*

La parte epidemiologica nelle altre nazioni d'Europa ha un carattere unico: la grande, fulminea rapidità di propagazione. L'epidemia, che rapidamente si diffonde, pure rapidamente si esaurisce: in *Svizzera* in poco tempo 11,000 casi tra i soldati con 305 morti (3.8 %), in *Germania* si è diffusa rapidamente a Monaco, a Norimberga, a Berlino, a Hessen, ma già dopo un mese nelle città colpite l'epidemia si attenuava, mentre compariva negli altri centri ed invadeva tutta la nazione.

Del decorso in *Francia*, dagli scarsissimi rapporti finora comparsi sui giornali, possiamo dire che la malattia conservando la rapida diffusibilità, si presenta in generale lieve nella mag-

gior arte delle forme pure, eccezionalmente grave nelle complicanze broncopolmonari (Antoine).

In *Inghilterra* dalla relazione di Averill, Joungh e Griffiths su una epidemia in un accampamento militare rileviamo che su 1439 casi, avveratisi nello spazio di 19 giorni, si ebbero a verificare 16 complicanze broncopolmonari, con 7 morti: tale rilievo è in perfetto accordo con quanto noi già avevamo avuto occasione di rilevare in Italia nei vari centri epidemici.

Nella *Spagna* sebbene manchino ancora statistiche ed un lavoro d'assieme, i caratteri trapariscono identici dalle pubblicazioni pervenute.

Si può aggiungere che è stato osservato che la malattia e specialmente le complicazioni colpiscono i giovani sotto i 30 anni, quasi che la gente adulta conservasse una relativa immunità, frutto di epidemie precedenti (riunione di Monaco).

Ricerche etiologiche. — Una coincidenza interessante: l'epidemia attuale ha i caratteri clinici e l'andamento epidemico dell'influenza dell'89-90; quello che noi troviamo nei resultati etiologici dei vari autori, riportano alle precise condizioni di ventotto anni fa la batteriologia attuale; i reperti sono arricchiti solo dalla discordia, sempre più viva, che suscita la presenza o il valore del bacillo di Pfeiffer.

Sull'inizio dello scoppio epidemico il Laboratorio municipale di Madrid comunicava che negli esami del secreto faringeo e bronchiale rare volte si ritrovava il bac. di Pfeiffer, che invece con grande frequenza si riscontravano diplococchi Gram-negativi e micrococchi catarrali. Salazar, in base al resultato delle ricerche, pensava che potesse trattarsi di germi ospiti abituali virulentati. Frigaray, Codine, Huertos, Maranon non trovano che eccezionalmente il bacillo dell'influenza, ed invece tutti trovano cocchi delle specie più svariate. In *Inghilterra* le indagini si moltiplicano: Little, Garofalo, Williams ricercano il bac. di Pfeiffer ma non lo trovano in nessun caso, trovano invece sempre un diplococco Gram-resistente, le emoculture riescono negative. J. Burnford non è riuscito ad isolare germi specifici dal faringe e dal sangue; Averill, Young, Griffiths in numerosi esami del muco naso-faringeo non hanno mai trovato il bacillo di Pfeiffer, invece in grande abbondanza un diplococco Gram-resistente; il sangue sterile; gli stessi resultati ha ottenuto Holliday. Gotch e Whittingham hanno trovato il bacillo dell'influenza nell'8 % dei casi, ed invece costantemente hanno potuto isolare un micrococco Gram-negativo, che, inoculato nelle membrane del naso-faringe, in due persone sane produsse la malattia nella sua forma tipica tanto che l'A. conclude: « sembra quindi che il micrococco sia probabilmente il microrganismo specifico o solo o in unione col bacillo dell'influenza ». Matthews, infine, con un suo metodo di cultura speciale (sangue digerito con tripsina) trova frequentemente il bac. di Pfeiffer in cultura pura, a differenza di tutti i bacteriologi che si sono contentati, nella ricerca del bacillo, di seguire i metodi dello scopritore.

G. J. Martin, che ha studiato l'epidemia in Francia, trova i seguenti resultati: nello sputo di 20 pazienti di recente ammalati non rinviene i bacilli simiglianti a quello dell'influenza.

Nel muco tracheale di 8 pazienti in 2ª-3ª giornata di malattia trova bac. Gram-negativi con i caratteri morfologici dei bacilli dell'influenza, in tre di questi casi detti bacilli sono numerosi.

Nello sputo purulento aumentano i bacilli simili a quelli dell'influenza (fatto che contrasta notevolmente con i classici resultati di Pfeiffer).

In agar-sangue in 14 pazienti coltiva il bacillo che ha tutti i caratteri di quello di Pfeiffer.

Trova anche poteri agglutinanti del siero dei pazienti verso i bacilli isolati nella proporzione 1 : 40.

Ma l'identità del bacillo isolato, poichè non esiste una prova specifica, non ha potuto essere stabilita dall'A.

La *letteratura tedesca ed austriaca* di questi ultimi mesi ci offre un impressionante esempio di resultati di laboratorio assolutamente discordi. *Una serie di autori trovano raramente o eccezionalmente il bac. di Pfeiffer;* così Gotschlich su 23 casi riesce ad isolarlo solo 3 volte; Uhlenhuth trova raramente il bacillo specifico e confessa che l'etiologia non è chiara; nell'Unione medica di Monaco si conclude che eccezionalmente si trova il bac. dell'influenza; Hueppe, sebbene trovi anche egli raramente il bac. di Pfeiffer, è per l'influenza. *Pfeiffer stesso con una sua comunicazione preventiva resta in dubbio per i resultati divergenti: spesso non riesce più a trovare il suo bacillo e riserva ancora la sua finale opinione.*

Accanto a questi una categoria di ottimisti rinviene sempre il bac. di Pfeiffer, e non esprime neppure un senso doveroso di meraviglia di trovarsi in disaccordo collo scopritore del germe specifico. Schürmann su 4 casi in tre trova i bacilli che egli ritenne dell'influenza, nel quarto positivo microscopicamente mancò la cultura; molti altri casi con resultato negativo. Simmonds riferisce i resultati positivi ottenuti nel

suo Istituto, in molti casi, sia nel secreto faringeo che bronchiale dei malati e dei cadaveri. Bergmann ha fatto ricercare a Bonhoff il bacillo dell'influenza, e lo ha trovato in 9 casi su dieci; in un pleuritico, positivo per il bac. nello sputo, la ricerca diede resultato negativo nel pus dell'empiema. Dall'Università di Buda-Pest infine si telegrafa, con una sicurezza unica, che in circa duecento casi *senza discussione* esisteva il bacillo dell'influenza!

Una terza categoria di studiosi non trova mai il bac. dell'influenza, tanto che nega senz'altro che questa epidemia possa essere determinata dal bac. di Pfeiffer. Così Mandelbaum, dall'analisi di molti espettorati non è riuscito a vedere nè a coltivare nei terreni adatti il bac. dell'influenza; eguale resultato negativo ha avuto dall'esame del secreto bronchiale nei cadaveri; egli ritiene che il bac. di Pfeiffer non è l'agente dell'attuale epidemia di influenza come non lo fu dell'epidemia dell'89-90; l'agente finora è sconosciuto. Kroner non ha trovato mai il bacillo dell'influenza nelle sue indagini e soggiunge che un reperto scarso di bacilli di Pfeiffer non avrebbe un valore dimostrativo, perchè esso vive e si trova nello stato saprofitico. Kolle riporta il suo «fallimento» nello scoprire il bacillo di Pfeiffer nei casi che egli ha esaminato; Hesse non trova il bac. di Pfeiffer ma uno streptococco emolitico in 8 casi e due volte riesce ad isolarlo dal sangue, dall'essudato pleurico, accanto allo stafilococco. Selter infine ha eseguito minute e complete indagini sull'espettorato, sul sangue, sul pus dell'empiema, sugli organi dei cadaveri nelle migliori condizioni di esperimento. «Nè culturalmente nè microscopicamente ho trovato il bacillo dell'influenza» egli conclude. Ha con la sua assistente, Frida Rhan, fatte esperienze con filtrato di sospensioni di secreto faringeo, filtrato per candela, e con la polverizzazione di tale liquido filtrato sulle mucose rino-faringee sarebbe riuscito a trasmettere su di sè e sulla sua assistente una forma leggera della tipica malattia epidemica.

Tutti gli autori hanno trovato i cocchi più svariati sia nelle secrezioni faringee che bronchiali, talora dalle culture, dal sangue; unanimemente attribuiscono a tali reperti il valore di germi compagni complicanti l'azione dell'agente specifico della malattia.

In *Francia* Antoine ed Orticoni isolanò con emocultura un bacillo, identificato nell'Istituto Pasteur per bacillo di Pfeiffer; tale bacillo in associazione bacterica con diplococco capsulato trovano nei liquidi pleurici, mentre non riescono a vedere microscopicamente nello sputo, nè di isolarlo in terreni adatti, dallo stesso materiale.

In *Italia* Balduino dice che non è stato osservato il bacillo dell'influenza nell'escreato degli ammalati dal prof. Sestini; Saccone non trova il bac. dell'influenza, ma isola in numerosi casi recenti con l'emocultura, un cocco che per i caratteri morfologici egli chiama un paratetrageno, e lo stesso germe Gram-resistente trova nei prodotti patologici (liquido pleurico, liquido cefalo-rachidiano); l'A. dà al germe isolato il valore di agente patogeno della malattia. Da una comunicazione del prof. Segale ricordo che anche egli ha isolato un cocco dal sangue dei malati, agglutinabile col siero dei malati stessi; delle prove di agglutinazione da me istituite a Roma con siero di convalescenti, mi risulta che col detto germe la reazione di agglutinazione è negativa anche 1:75. Salvioli e Savini hanno isolato in brodo-bile, dal sangue dei malati, dei cocchi piccolissimi, *mobili*, Gram-negativi, agglutinabili col siero dei pazienti 1:100, germe patogeno per le cavie, a differenza del germe isolato dal Saccone, che si mostra innocuo per gli animali comuni di laboratorio.

Nei casi da noi esaminati, nessuna ricerca, per quanto condotta con scrupolo e largamente ripetuta, ha condotto ad un apprezzabile resultato, utile praticamente: così eccezionalmente abbiamo isolato il bacillo dell'influenza dall'espettorato, per quanto i terreni selezionati corrispondessero ai dettami delle ultime ricerche; le emoculture sono state negative, se si eccettui un caso in cui si è isolato un germe del tipo descritto dal Saccone. In un malato di broncopolmonite influenzale recentemente io sono riuscito ad isolare in giorni consecutivi sempre uno streptococco emolitico; le ultime ricerche sul muco faringeo, in malati veduti a Roma sono state negative; tutti i tentativi di riproduzione della malattia in animali sono rimasti senza resultato.

L'EPIDEMIA ATTUALE E QUELLA DEL '90.

Mentre i *dati clinici ed epidemiologici*, quali si possono ricostruire dalle notizie finora pervenute sui giornali di tutte le nazioni, sono in accordo perfetto, i *dati bacteriologici e di laboratorio* sono in stridente contrasto.

Ho ricercato i documenti del tempo per stabilire l'identità della malattia epidemica, che percorse l'Europa nell'89-91, con l'attuale; sebbene la testimonianza degli autori che la ricordano depongano unanimemente per l'identità.

Fortunatamente non è necessario ricorrere a fonti esotiche, poichè della forma epidemica che

percorse l'Italia nel 1890, abbiamo documenti italiani particolareggiati e attendibili. Basterà ricordare la magnifica e lucida relazione del prof. Maragliano all''Accademia medica di Genova, e per le epidemie in centri militari la relazione del dott. A. Pasquale sull'epidemia di influenza nel 2° Dipartimento marittimo. Anche allora la malattia dimostrò una contagiosità eccezionale, anche allora le prime forme furono interpretate con nomi strani come quello di « febbre da bacino » (l'epidemia era scoppiata, secondo quanto ci dice il Visalli, sulla R. nave *Piemonte*).

Il Maragliano, dopo larga osservazione sulla popolazione civile, distingueva una forma *acuta* ed una forma *lenta* o *cronica*. Della forma acuta facevano parte una forma *comune* catarrale, febbrile, con sintomi a carico del sistema nervoso, con caduta della febbre per crisi in 3°-5° giorno di malattia, con la guarigione intorno al 10° giorno di malattia; una forma *toracica* con fatti catarrali accentuati fin dai primi giorni della malattia, a cui spesso seguivano fatti congestizi, o addirittura una broncopolmonite, che l'A. era propenso a mettere in rapporto con la malattia stessa, pur dando la sua parte alle complicanze, e di cui trovava delle note differenziali tali con le altre flogosi acute del polmone, da giustificare il suo modo di vedere. Della forma *intestinale* alla quale accenna, il Maragliano « ne ha veduto pochissimi esempi » e ricorda che essa era stata descritta come frequente nella Russia. Distingue la forma *nervosa* con iperestesie, neuralgie, mialgie, crampi, spasmi, paralisi, la forma *tifoidea*, che presentava note comuni di astenia e di decorso col tifo, infine la forma *emorragica*. Nel gruppo delle forme *croniche* egli poneva sia le forme che seguivano con lentissima guarigione alle forme acute, sia quelle che, con sintomi d'ordinario non spiccati, si prolungavano anche per qualche mese. Il Maragliano almeno nel 50 % dei casi riscontrava *tumore di milza* molle verso il 3°-4° giorno di malattia, non vedeva *mai recidive, ma riacutizzazioni* piuttosto frequenti. Anche l'epidemia descritta dal Pasquale di poco si allontana da quella descritta dal Maragliano. Egli non può parlare di un vero periodo prodromico che è sempre mancato, la malattia si iniziava con febbre alta, talora con vomito, talora si avevano epistassi; la febbre cadeva in 1-3-5-7 giorni, se la malattia decorreva senza complicanze, la convalescenza stentata. Si notava quasi costantemente depressione del sensorio, stato soporoso, non delirio, non coma, cefalea, dolori lombari, muscolari, arrossamento del viso e delle congiuntive, non esantemi. Compagne costanti della malattia la corizza, il catarro laringo-tracheale, la milza secondo l'A. mancava nella maggior parte dei casi osservati. Distingue l'A. tre gruppi di malati, per gravità: « *Non ho potuto seguire*, egli dice, *l'ordinaria distinzione in tre forme: catarrale, gastrica e nervosa*... I fatti gastrici per sè stessi più difficilmente si rilevano nelle loro più lievi forme; ad ogni modo quando si pronunziano, non acquistano mai maggiore importanza sugli altri sintomi, anzi sono spiegabili per il fatto stesso della febbre. I disturbi nervosi poi non mancano mai, e ciò si spiega perchè sono quelli che più affliggono l'infermo, i primi ad essere accusati; *non è quindi il caso di stabilire per essi una vera e propria forma nervosa* ». Complicanza quasi esclusiva, la complicanza polmonare.

Se noi eliminiamo piccole differenze, dovute con ogni verosimiglianza al materiale osservato (popolazione civile in ospedale da una parte, militari dall'altra), *noi troviamo nella descrizione degli autori, fatta nel* 1890, *la descrizione della malattia epidemica attuale*, quale ai nostri occhi, da parte ogni idea preconcetta sulla malattia, è apparsa. Nelle nostre forme, che si avvicinano nel raggruppamento alla distinzione del Pasquale, troviamo però tutte le note, nessuna esclusa, messe in evidenza nelle forme del Maragliano: anche *la rarità delle forme intestinali e la frequenza e la gravità delle complicanze polmonari erano allora una delle note predominanti dell'infezione*. Clinicamente adunque si può concludere, senza tema di errare, che *l'epidemia attuale si presenta colle stesse note epidemiologiche e cliniche dell'influenza del 1890*. Potrei portare dei documenti per identificare l'attuale con epidemie del 1895, e con recenti epidemie descritte in *America* nel 1915-1916, a proposito della quale il Mathers così si esprime: « nel corso dell'inverno 1915-16 una grave epidemia infettiva, che ricorda in tutti i punti quella del 1890, ha infierito su tutto il territorio degli Stati Uniti »; ma andrei anche più in là degli scopi che io mi propongo.

Nè, contro i decisi caratteri clinici ed epidemiologici, può portarsi, ragione di una certa importanza, il criterio della stagione, il quale ha solo una importanza relativa in epidemiologia. Tra le epidemie descritte o identificate come influenza in passato, anche prima che il bacillo di Pfeiffer fosse scoperto, più d'una è insorta durante la stagione calda in altre regioni.

Dalla tabella dell'Hirsch, nella quale sono riportate tutte le epidemie di influenza dal 1800 in poi figurano *epidemie in primavera* (1807-

Stati della Nuova Inghilterra), in maggio (1810, Germania), in *maggio, giugno, luglio* (1831, Germania, Inghilterra, Svizzera), in *maggio, giugno, luglio, settembre* del 1833 negli stessi paesi e nella Francia, nell'*estate* del 1843 in tutta l'America del Nord, ecc. L'epidemia adunque, se pure con predilezione in Italia ha avuto in passato la massima diffusione durante i mesi autunnali ed invernali, non è certamente legata a qualche condizione come lo è la malaria, ad es., che determini un rigido corso epidemico di stagione.

La stessa clinica che nel '90, nel '95, nel '905 affermava di essere di fronte ad una epidemia di influenza, oggi per bocca dei più competenti fa la stessa diagnosi dell'epidemia attuale.

La *bacteriologia durante l'epidemia dell'89-90*, prima della scoperta del Pfeiffer, mostra una perfetta identità coi reperti che da ogni parte affluiscono a proposito dell'attuale. Così Jolles e Gill nel '90 trovano un diplococco Gram-negativo al quale attribuiscono il valore di agente specifico; Ribbel trova uno streptococco; Chantemesse e Vidal trovano le emoculture negative; Laveran, Vaillard e Vincent isolano uno streptococco dal sangue e dal pus dell'empiema; Netter trova uno strepto-diplococco capsulato ed il pneumobacillo di Friedländer; Sée e Bordas hanno lo stesso reperto bacteriologico; Jaccoud e Menetrier mettono in evidenza un pneumococco; Babes trova dei micrococchi; Weichselbaum ha le emoculture sterili, nello sputo trova micrococchi e stafilococchi e lo stesso reperto ha nel pus degli ascessi; Klebs crede di vedere una monade flagellata (Rhizomastigma); Finkler trova anche egli strepto-, stafilo- e diplococchi; resultati simili ebbero Newmann, Friedrich. Da noi le ricerche di Castellino, Lucatello, Pescarolo, De Renzi, Pasquale in collaborazione con Kruse e Pansini, approdarono ai medesimi resultati.

Anche Pruden, Teissier, Roux e Pittion, pubblicarono nel '90-91 resultati consimili. Non a torto, quindi, io dicevo che la bacteriologia, a proposito dell'attuale epidemia, ha fatto un passo indietro nel quadrante della storia; i *resultati sono i medesimi ottenuti 28 anni fa.* Venne nel '92 la scoperta del bacillo dell'influenza per opera di R. Pfeiffer: la scoperta usciva dall'Istituto di R. Koch, era stata fatta da uno degli allievi prediletti, era stata telegrafata a tutti i giornali scientifici, era divenuta dominio dei giornali politici, colpiva il mondo dei bacteriologi in un periodo di stanchezza, dopo tante delusioni sulle numerose pseudo-scoperte dell'agente dell'influenza.

IL BACILLO DI PFEIFFER.

Il bacillo descritto da Pfeiffer era un bacillo che l'A. affermava trovarsi solo nel secreto faringeo, tracheale, bronchiale, specialmente nei malati freschi di influenza, mentre non si riscontrava nei prodotti morbosi degli altri malati di malattie polmonari. Si presentava come un bacillo piccolissimo, non resistente al Gram, coltivabile solo in terreni speciali (agar con aggiunta di sangue di piccione), bacillo adunque emoglobinofilo, che non si sviluppava nei comuni terreni di cultura: per la colorazione era necessario usare a lungo liquidi mordenzanti come la fucsina carbolica diluita. Nell'espettorato dei malati freschi si presentava a schiere sul decorso dei filamenti mucosi, non si riusciva a coltivare dal sangue dei malati, talora si trovava nei prodotti morbosi delle localizzazioni della malattia, raramente in cultura pura, d'ordinario associato ai cocchi patogeni. Le colonie in agar-sangue piccole, trasparenti, quasi come gocce di acqua.

Inoculato negli animali da esperimento non riusciva nè ad uccidere nè a provocare malattia o determinate alterazioni morbose. Nelle prime esperienze di Pfeiffer, parve che le scimmie si mostrassero recettive alla malattia, però la descrizione di essa è tutt'altro che convincente.

La *specificità* del nuovo bacillo era fondata sul criterio della presenza costante e in quantità grande nei malati di influenza e sull'assenza negli altri malati: mancavano le prove di inoculazione, mancava anche un mezzo sicuro per poterlo esattamente identificare. Le conferme alla scoperta vennero quasi unanimi e numerose, anzi le conferme oltrepassarono perfino l'attesa dello scopritore, perchè non pochi lo isolarono dal sangue, ricerca che era sempre riuscita negativa nelle mani dello stesso Pfeiffer. Le discrepanze, per i criteri insufficienti di identificazione, sorsero fin dall'anno 1892 stesso, quando l'A. ebbe a contradire lo Chantemesse, il Babes, il Bruschettini, perfino il Kitasato, sostenendo che tali AA. «non avevano mai avuto per le mani il tipico bac. dell'influenza». Poco dopo Pfeiffer stesso dovette creare il nome di *pseudoinfluenzale* per un bacillo *un po' più grosso* del tipico, ma che presentava i medesimi caratteri culturali; esso era stato trovato dall'A. stesso nelle caverne dei tubercolosi. Mentre da una parte i ricercatori si affannavano a svelare il bac. di Pfeiffer fin nelle tonsille e nelle appendici escisse dei malati di appendicite, cominciava in Germania e specialmente in Francia la demolizione dell'unico cri-

terio dato da Pfeiffer come specifico. Jehle lo trova nel sangue del cadavere dello scarlattinoso; Paltauf, Jochmann, Leiner lo trovano in focolai di broncopolmonite, in bronchite, che nulla clinicamente aveva a che fare coll'influenza, sulle tonsille di malati affetti da banali tonsilliti; una conclusione derivava netta da queste constatazioni, che cioè « *il bacillo dell'influenza poteva vivere come saprofita, e che esso non era assolutamente specifico dell'influenza* »; fu trovato in molte malattie infettive acute come germe innocuo o forse come agente di comuni forme catarrali delle vie del respiro, come gli pneumo- e gli streptococchi; Davis poi lo ha rinvenuto nella pertosse con una frequenza e in quantità davvero impressionante, tanto da ritenerlo responsabile degli attacchi di pertosse. Ma oltre che nelle malattie acute il bacillo dell'influenza fu riscontrato nelle malattie croniche come nella tubercolosi da Pfeiffer stesso, da Ortner, da Kerschensteiner, da Kretz; nella bronchite cronica da Ortner; nelle bronchiectasie da Jochmann.

Tali ricerche scossero la fede primitiva nella specificità del germe, ritenuto come l'agente dell'influenza; ma nella mente dei clinici e dei bacteriologi esso tenne il campo fino alle nuove epidemie della malattia, in cui tutti si affaccendarono per la ricerca del bacillo. Nell'epidemia del 1905 cominciarono le delusioni ed i dissensi: mentre in qualche piccola epidemia precedente si era concluso « *che il bac. di Pfeiffer si ritrovava solo in una certa percentuale di casi, e non costantemente* » come l'A. aveva affermato, « *durante gli anni 1905-906 molti affermarono che il bac. di Pfeiffer era assente nei malati di influenza* » (Bezancon e Israel de Jong, ecc.); qualcuno ancora lo trovò nel 50 % dei casi e giunse alla conclusione (Ruhemann) che « *si aveva il diritto di parlare di influenza solo quando il bac. di Pfeiffer si trovava nello sputo* ». Disgraziatamente la possibilità di rinvenire il bacillo si fece sempre più incresciosa per i bacteriologi e nell'epidemia del 1915, in America, Mathers confessa di non essere riuscito in nessun caso ad isolare nei molti esami fatti, sia sui prodotti morbosi in vivo, sia sul sangue e sugli organi del cadavere il bacillo di Pfeiffer.

Nell'*attuale epidemia* il dissenso è tanto vivace, che in tutte le nazioni, per un momento si è discusso se veramente si trattava di influenza, perchè mentre le note cliniche rispondevano al classico quadro, gli esami bacteriologici davano resultati contradittori, sopratutto per la scarsa percentuale o l'assenza addirittura del bacillo di Pfeiffer.

Il problema dell'etiologia dell'influenza, che sembrò risoluto fin dal '92, si risolleva in tutta la sua importanza, e si risolleva il problema delle complicanze della malattia, sulle quali neppure la scoperta di Pfeiffer aveva detto l'ultima parola.

IL VALORE DEI REPERTI BACTERIOLOGICI NELL'INFLUENZA E NELLE COMPLICANZE.

La figura clinica dell'influenza aveva perduto della sua importanza dal momento che si ritenne scoperto l'agente specifico: nella convinzione che non vi fosse malato, in cui non fosse facile la dimostrazione microscopica del bacillo specifico, *la diagnosi doveva essere legata all'esame di laboratorio.* Tale modo di vedere tramontava, quando si vide che il bacillo poteva avere vita saprofitica non solo, ma che anche malati cronici ed acuti delle vie respiratorie ed infettivi potevano portare il bacillo causa o non delle svariate affezioni.

L'influenza aveva cioè di nuovo bisogno della figura clinica per essere come tale diagnosticata; non bastava, per esempio, riscontrare nello sputo di un bronchitico il bacillo di Pfeiffer, per qualificarlo come influenzale. La difficoltà non lieve nelle forme sporadiche, diveniva anche più grave nelle *poussées* epidemiche della malattia: forme, eguali clinicamente e facenti parte di una stessa diffusissima epidemia, potevano forse ritenersi come causate da agenti diversi, per il solo fatto che in pochi si poteva dimostrare il bacillo e nella maggior parte tale dimostrazione non riusciva? Bisognava forse attenersi alla proposta di Krause di dare il nome di *influenza* ai casi con bacillo dimostrabile e di riunire nella denominazione di *grippe* tutti gli altri casi clinicamente simili, ma bacteriologicamente negativi?

Nella difficile impresa di risolvere adeguatamente il problema, Jochmann sente la necessità di stabilire « *una influenza clinica, ad etiologia multipla* » di cui quella determinata dal bac. di Pfeiffer costituirebbe solo un gruppo. Altri come il Kruse ritengono che l'influenza è stata per qualche tempo accompagnata dalla presenza del bac. di Pfeiffer, ma che questo non ne è l'agente patogeno e che essa anzi deve essere classificata tra le affezioni causate da un virus filtrabile.

***

L'*attuale epidemia* ha dato occasione a manifestazioni pro e contro la specificità del bacillo di Pfeiffer; precisamente, mentre coloro, che lo trovano in grandi percentuali, ed anche alcuni, che lo rinvengono solo eccezionalmente, « *ritengono che l'attuale epidemia è determi-*

nata dal bacillo di Pfeiffer »; altri come Selter, Mandelbaum, ecc., esprimono l'opinione più radicale, che « *nè l'attuale nè le altre epidemie hanno mai avuto nulla a che fare col bacillo dell'influenza e che l'agente morboso resta ancora da scoprire* ».

Forse però le ricerche sull'attuale epidemia, se non hanno ancora portato nulla di veramente decisivo, permettono un orientamento utile e per proseguire le ricerche e per dare un equo giudizio sul valore del bac. di Pfeiffer come agente specifico della malattia

Il problema a noi pare debba essere nettamente distinto per quel che riguarda il *quadro della malattia pura* e per quello che riguarda le *complicanze*.

La *malattia clinicamente è influenza*: tutte le note dell'anamnesi, dell'esame obbiettivo, del decorso della malattia, tutte le qualità epidemiche rispondono ai dettami della patologia dell'influenza.

Esistono discordie sui reperti bacteriologici: una prima ragione da considerare potrebbe essere una *questione tecnica*. È noto che il *reperto microscopico* del bacillo dell'influenza ha poche caratteristiche, se si pensi specialmente al suo non infrequente polimorfismo e alla presenza dei bacilli simil-influenzali.

Resterebbe unico caso nelle abitudini mentali dei bacteriologi se si volesse identificare un bacillo, dalla forma e dal solo fatto che esso non prende il Gram. Pfeiffer stesso ci dice che i bacilli simil-influenzali sono un poco più grandi e che non prendono neppure essi il Gram. *Nessun valore probativo può essere dato ai lavori di coloro che in base all'esame microscopico dell'espettorato hanno qualificato la presente epidemia come di influenza.*

Che una tale conclusione non sia eccessiva lo prova il disaccordo fra coloro che hanno osservato preparati di espettorati: vi è chi lo trova nel 100 % dei casi, vi è chi non lo vede in nessun caso! evidentemente molta gente ha dimenticato i quadri che l'espettorato presenta al di fuori delle epidemie di influenza, per diagnosticare, in presenza di gruppi di piccoli bacilli, senz'altro l'influenza!

Ricordiamo inoltre che non pochi ricercatori hanno veduto *microscopicamente* numerosi bacilli simili a quello di Pfeiffer e che non sono riusciti a coltivarli *nei terreni specifici;* non è inesplicabile il fatto anche per chi ha nozioni elementari di bacteriologia poichè i vibrioni contenuti nelle feci si comportano in modo analogo di fronte ai terreni speciali, per cui non raramente si trova un netto contrasto tra i reperti microscopici, pieni di banali vibrioni, e le culture, in acqua peptonata, negative per il vibrione di Koch. Ma un appunto si è fatto a coloro che non sono riusciti ad isolare ed identificare il bacillo di Pfeiffer nell'attuale epidemia, *un appunto di tecnica*. Senza negare le difficoltà inerenti alla ricerca culturale del bacillo di Pfeiffer, a me pare che l'appunto non venga a proposito quando è rivolto a bacteriologi di professione, i quali hanno lavorato con tecnica quale lo scopritore ha dettato, e quando questi bacteriologi si chiamano Kolle, Selter, ecc. Anzi credo che i troppo facili scopritori del bacillo di Pfeiffer abbiano dovuto provare un certo disappunto, quando a loro sono state note tutte le riserve di celebrati bacteriologi e dello scopritore perfino del bacillo! E poi resterebbe da spiegare perchè nell'attuale epidemia in presenza di tanti espettorati positivi microscopicamente, solo in uno scarso numero di casi il bacillo nasca nei terreni propri.

Un'altra difficoltà è senza dubbio nell'*identificazione esatta* del germe anche quando sia ottenuto in cultura; ma chi ha assolto tutte le prove culturali e gli esperimenti in animali per assicurarsi dell'innocuità per gli animali di laboratorio, ha il diritto di parlare di bacillo di Pfeiffer. Dalla letteratura raccolta ben pochi però hanno pubblicato di avere assolto tutte le ricerche: per mia esperienza posso ricordare che un baello, tipico morfologicamente, non resistente al Gram, si sarebbe potuto ritenere il bacillo dell'influenza, tanto più che le colonie in agar-sangue erano tipiche ed era stato isolato da un malato di influenza; ma il bacillo si sviluppava ottimamente nel comune agar e uccideva le cavie in pochi giorni; esso non era il bacillo dell'influenza.

Se queste annotazioni possono dare la spiegazione di una parte dei dissensi dei ricercatori, circa l'esistenza o non dei bacilli di Pfeiffer nell'attuale epidemia, non sono argomenti sufficienti per giurare circa l'etiologia classica della presente epidemia o che ancora bisogna senza eccezione credere al verbo dello scopritore!

Un fatto fondamentale esiste: *il bacillo dell'influenza è stato ritenuto come tale perchè si trovava nei malati dell'epidemia e non negli altri; tale criterio non è più utilizzabile per la diagnosi bacteriologica*: di anno in anno il bacillo di Pfeiffer è divenuto sempre più raro, fino a non riscontrarsi più o in pochi casi soltanto. Vediamo quale valore probativo ha il riscontrare solo in pochi casi o, almeno in una scarsa percentuale, nelle mani dei più celebrati bacteriologi il bacillo di Pfeiffer.

Purtroppo si è affermato all'inizio dell'epi-

demia da chi aveva trovato il bacillo dell'influenza in pochi casi che l'epidemia è influenza vera determinata dal bacillo di Pfeiffer! Trovare il bacillo di Pfeiffer in un certo numero di malati, affetti da malattie polmonari, è fatto constatato ai di fuori delle epidemie di influenza, anzi abbiamo veduto che proprio tale reperto ha sollevato dubbî in Germania ed in Francia sulla specificità del bacillo stesso tanto da far ritenere che il bacillo di Pfeiffer ha vita saprofitica e forse è causa di comuni affezioni delle vie bronchiali e polmonari, al di fuori dell'influenza, *il bacillo di Pfeiffer non è cioè specifico strettamente per l'influenza.*

Tale affermazione, che non è recente, può essere la spiegazione del reperto dell'attuale epidemia. Il bacillo di Pfeiffer si trova in uno scarso numero di casi come si è trovato nelle ricerche sulle bronchiti croniche, nei difterici, negli scarlattinosi. La conclusione quindi che le percentuali trovate *bastino* a far concludere che l'epidemia è la conseguenza della causa morbosa specifica è per lo meno esagerata.

Esistono però i fatti comunicati da Pfeiffer, e da tutti allora confermati, che nell'epidemia del 1892, nei malati di influenza il germe si trovava nel prodotto catarrale non solo, ma spesso nel pus delle complicanze sia della pleura, sia dei seni, sia del cervello, ecc. Se l'argomento ha un certo peso, esso non basta ad affermare che anche nel 1890 il bacillo di Pfeiffer sia stato l'agente morboso vero dell'influenza epidemica. Il criterio della frequenza sia nella malattia pura, sia nelle complicanze ebbe grande successo, perchè il germe era fino allora sconosciuto nelle sue proprietà, ma che cosa di diverso esso rappresentava nelle ricerche sulla malattia epidemica, dei comuni germi complicanti, i cocchi, che tutti avevano trovato con rara costanza nell'espettorato, dei malati, nei prodotti morbosi, negli organi dei cadaveri, in cultura pura nel sangue, nel pus degli empiemi, delle sinusiti, ecc.?

Serenamente affrontando il problema e mettendo nel bilancio le ragioni in pro e contro l'importanza degli altri germi patogeni bisogna dire che il bacillo di Pfeiffer era stato ammesso agli onori di germe specifico per la novità della cosa e per l'autorità dello scopritore, ma ragioni solide, quali la bacteriologia ha fissate, auspice R. Koch, non militavano a favore della specificità del germe. *Il bacillo di Pfeiffer ha sicuramente accompagnato l'influenza del 1890, ma siamo lungi dall'avere una dimostrazione che esso ne sia stato l'agente morboso; esso si riesce a trovare raramente nell'epidemia attuale e tutto fa ritenere sia ad essa estraneo.*

Lo studio delle *complicanze* della malattia, sulle quali in Italia richiamò giustamente l'attenzione degli studiosi nel 1890 il Maragliano, deve ancora oggi attirare la nostra attenzione. Se vogliamo considerare l'argomento, seguendo i suggerimenti della clinica, non possiamo trascurare due fatti importanti: 1° la frequenza della complicanza dell'albero respiratorio; 2° i particolari caratteri che la complicanza presenta. In quasi tutte le epidemie il tessuto polmonare è stato la sede delle complicanze gravi dell'influenza e sempre sotto forma di bronchite, fatti congestizi, broncopolmonite. In tutte le epidemie di influenza le broncopolmoniti nodulari o confluenti hanno mostrato un notevole ritardo nel ripristino delle condizioni anatomiche del polmone; in tutte, la bacteriologia ha mostrato germi patogeni, che sono considerati come i più atti a dare complicanze nelle malattie infettive, che nulla con essi hanno a che fare (così nel morbillo). Evidentemente esiste *un fattore proprio* alla malattia in sè, che determina la facilità della localizzazione ed imprime i caratteri alla forma morbosa, *un altro fattore comune a tutte le complicanze*, che è dato dall'azione dei germi patogeni (piogeni, diplococco, ecc.). È noto, anche ai sostenitori della specificità del *bacillo di Pfeiffer*, che esso *può trovarsi* nei focolai di broncopolmonite e *che può essere assente*, che può trovarsi *solo* negli empiemi, come *associato agli altri agenti della suppurazione*, così come *questi ultimi possono trovarsi associati ed in cultura pura.* Il trovare un pus con bacillo di Pfeiffer vuol dire con tutta verosimiglianza che il pus è stato prodotto dal bacillo stesso, ma non è una garanzia che esso sia la causa della prima malattia sulla quale l'ascesso è sorto Ragioni eguali di frequenza starebbero anche a favore degli streptococchi, i quali troppe volte sono stati incriminati come agenti di malattie nelle quali non davano che complicanze. *Neanche i reperti delle complicanze adunque autorizzano a conferire al bacillo di Pfeiffer un valore di germe specifico, esse solo fanno concludere che il bacillo di Pfeiffer può essere causa di complicanze come gli altri germi patogeni da tempo conosciuti.*

L'osservazione dei fatti, dei reperti bacteriologici, i nostri compresi, invece, porta a pensare che l'ancora sconosciuto agente dell'influenza mentre determina la caratteristica malattia epidemica per sè, modifica ed altera gli organi, specialmente i polmoni, sì che su di essi numerosi agenti possono spiegare la loro azione morbosa, tra questi ultimi deve essere compreso il bacillo di Pfeiffer.

Il lusso di ricerche, eseguite nel decorso di parecchie epidemie e dell'attuale, sembrerebbe a taluno quasi inconclusivo: si pensi che molte ricerche scientifiche mentre chiudono alcune porte ne spalancano altre feconde. Evidentemente, per l'agente dell'influenza, hanno fallito quelle che sono le vie maestre della bacteriologia: potrà il fatto meravigliare i profani, non i medici che conoscono le più tipiche malattie da infezione e contagiose (morbillo, scarlattina, vaiuolo) celate nel mistero della causa morbosa.

Probabilmente l'agente dell'influenza è un microrganismo non coltivabile, potrà essere un virus filtrabile. L'idea già sorride a qualche ricercatore, e Selter ricorda l'opinione di Kruse « l'infezione è del gruppo dei virus filtrabili ». Le prime esperienze di Selter su sè stesso e sulla sua assistente Frida Rhan, se pure non convincenti, sono però un incoraggiamento a continuare.

Il problema dell'etiologia dell'influenza, in virtù delle derise contraddizioni, che pure tanti benefizi hanno portato alla verità scientifica, si riapre e gli errori del passato sono un utile insegnamento per la via da seguire.

BIBLIOGRAFIA.

PFEIFFER R. Deuts. mediz. Woch., 1892, n. 2.
PFEIFFER und BECK. Deuts. mediz. Woch., 1892, n. 21.
PFEIFFER R. Zeitschr. für Hygiene, 1893, t. 3°.
KITASATO S. Deut. med. Woch., 1892, n. 2.
CANON P. Id., 1892, n. 2-3.
WEICHSELBAUM. Wien. klin. Woch., 1890, n. 6-10.
JOLLES M. Wien. med. Blätter, 1890, n. 4.
RIBBEL. Deut. med. Woch., 1890, n. 5.
BABÈS. Wien. klin. Woch., 1890, n. 9.
ID. Centr. f. Bak. u. Parasit., 1890, n. 8, 16, 17, 18, 19.
KLEBS. Id., 1890, n. 12.
FINKLER. Deut. med. Woch., 1890, n. 5.
HIRSCH. Handbuch der historisch geographixen Pathologie Stuttgart, 1881.
VAILLARD. Sem. méd., 1890, n. 7.
VAILLARD et VINCENT. Soc. méd. des Hôp., 1890.
SACQUEPÉE. Arch. de méd. expér., XIII.
LAVERAN et CHANTEMESSE. Soc. méd. des Hôp., 23 genn. 1890.
SÉE et BORDAS. Comp. R. S. B., 1890.
LEICHTENSTERN. *Aetiologie der Influenza* in Specielle Pathol. und Ther. Nothnagel, 1896.
MARAGLIANO E. Gazzetta degli ospitali, 1890, n. 51, 52, 53.
PASQUALE A. Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina, 1890.
VISALLI. Gaz. d. ospedali, 1890, 6 luglio.
PRUDEN. Medical Record, febbraio 1890.
TEISSIER, ROUX, PITTION. Acad. des Sciences, 21 marzo 1892.
NETTER. *Grippe* in Brouardel et Gilbert, vol. IX, 1913.
P. KRAUSE. *Influenza* in Mohr e Staehlin, vol. I, 1913.
MATHERS G. The Journ. of the Amer. med. Association, 1917, n. 9.
TRIVINO G. Espan. med., 1918, p. 269.
SANS F. Id. id.
SALAZAR M. R. Accad. Spagn. med., 28 giugno.
FRIGARAY. Esp. med., 20 luglio 1918.
J. M. BARAJAS DE VOLCHES. Id. id.
KRONER K. Berl. kl. Woch., 1918, n. 27.
PFEIFFER, FRIEDMANN, KOLLE. Deut. med. Woch., 1918, n. 28-29.
BRASCH W. Münch. med. Woch., 1918, n. 30.
MANDELBAUM M. Id. id.
HESSE W. Id. id.
Deutsche mediz. Wochenschr. Clinica di Budapest (telegramma), 1918, n. 31.
HUEPPE. Deut. med. Woch., 1918, n. 32.
SIMMONDS M. Münch. med. Woch., 1918, n. 32.
SELTER H. Deut. med. Woch., 1918, n. 34.
BERGMANN (v.) G. Id. id.
HIRSCHBRUCH. Id. id.
SCHMORL. G. Id. id.
GOTSCHILICH. Id., 1918, n. 30.
KISSKALT. Id. id.
SCHÜRMANN. Id. id.
UHLENHUTH. Mediz. klin., 1918, n. 32.
SACCONE G. Annali med. nav. e col., 1918, p. 391.
BALDUINO. Id. id.
GABBI U. Riforma medica, 1918, n. 27.
MONTEFUSCO. Id., 1918, n. 28.
SALVIOLI I. e SAVINI M. Gaz. degli Osp. e delle Clin., 1918, n. 54.
DELOGU. Ann. med. nav. e col., 1918, giugno.
SOFRÉ. Riforma medica, 1918, n. 36.
JOLTRAIN, BAUFLE et TRÉMOLIÈRES. Soc. méd. des Hôp.
RENAULT J. Bull. Ac. de méd., 6 agosto 1918.
CHAUFFARD. Soc. méd. des Hôp., 17 maggio 1918.
ANTOINE et ORTICONI. Bul. de l'Ac. de méd., 10 settembre 1918.
BURNDORF J. Brit. med. Journ., 1918, 20 luglio.
GOTCH O. and E. WHITTINGHAM. Brit. med. Journal, 27 luglio 1918.
AVERILL G., YOUNG G., GRIFFITHS J. Id., 3 agosto 1918.
LITTLE R., GAROFALO J., WILLIAMS A. The Lancet, 13 luglio 1918.
MATTHEWS J. Id., 27 luglio 1918.
HOLLIDAY G. Brit. med. Journ., 17 agosto 1918.
WIRGMANN. The Lancet, 7 settembre 1918.
MARTIN C. J. Brit. med. Journ., 14 sett. 1918.

RIVISTE SINTETICHE.

Il nona o encefalite letargica epidemica.

Durante la guerra la patologia umana ha avuto modo di estrinsecarsi in tutta la sua multiforme attività. Le malattie che già affliggevano l'umanità hanno avuto incremento, nuove malattie o per lo meno nuovi aspetti di esse si sono manifestati, forme morbose che per la nostra generazione avevano solo una importanza storica sono ricomparse accampando i loro diritti in tanta concorrenza di distruzione e di morte. Tra queste ultime sindromi va annoverata la così detta encefalite letargica epidemica che al principio di quest'anno s'è contemporaneamente manifestata in Francia ed in Inghilterra.

I sintomi cardinali di questa malattia, che per i suoi caratteri clinici deve considerarsi dovuta ad una infezione, sono: sonnolenza, febbre, paralisi di alcuni nervi cranici.

Il numero dei casi finora accertati non sembra dover dar motivo di soverchie preoccupazioni. Infatti fino al maggio si erano raccolte 105 osservazioni in Inghilterra e 71 in Francia. Comunque bisogna tener conto che non tutti i casi sono forse identificati e denunziati trattandosi di un'affezione che può essere facilmente scambiata con altre malattie similari.

La malattia non è nuova. Nella primavera del 1890, quando andava spegnendosi la pandemia di influenza, si ebbero in Italia, e specie nel Mantovano, vari casi di un'affezione letargica, cui fu dato il nome di *nona*. Contemporaneamente si ebbero manifestazioni identiche in Ungheria, in Bulgaria, in Danimarca, in Germania, in Svizzera, in Inghilterra e negli Stati Uniti, dove Young diede alla sindrome il nome di catalessia grippale. L'affezione si presentava con uno stato letargico o delirante seguìto generalmente da morte ed accompagnato da paralisi nucleari dei nervi oculo-motori (Grandmont, Uthoff). Bozzolo nel 1900 descrisse due casi di una forma simile alla malattia del sonno dei negri, che considerò come una polioncefalite acuta da influenza.

Del resto precedentemente Camerarius osservò nel 1712 a Tubinga una malattia cui egli diede il nome di malattia del sonno (*Schlafkrankheit*) che per la sua sintomatologia (sonnolenza, ptosi) Ebstein e Longuet credettero identica alla nona.

Più recentemente nell'inverno del 1916 venne osservata a Vienna una epidemia con tutte le caratteristiche di quella manifestatasi in Francia ed in Inghilterra, la quale costituì l'argomento di una discussione nella locale Società di Psichiatria. Von Economo (*Wiener klinische Wochenschrift*, 10 maggio 1917 riferì la storia di sette malati, nei quali constatò sonnolenza e disturbi motorî degli occhi con integrità del liquido cefalo-rachidiano. Oltre questi casi l'A. aveva osservato un notevole numero di individui presentatisi all'ambulatorio dal gennaio al marzo per paralisi oculari accompagnate da monoplegie o diplegie facciali, debolezza, tremori, atassia e qualche volta da disturbi della sensibilità. Schlesinger e Redlick (*Wiener klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1917) hanno osservato di tali casi in numero ancora più considerevole con sintomatologia molto varia, ma la sonnolenza esisteva in tutti gli infermi e scompariva dopo qualche giorno o appariva tardivamente. Von Wiesner (*Wiener klinische Wochenschrift*, 26 luglio 1917) ha fatto anche gli studi batteriologici su tale affezione ed avrebbe isolato un cocco, che egli ritiene specifico.

Una epidemia importante della stessa natura è stata studiata da Breiul (*Medical Journal of Australia*, marzo 1918) nel 1917 in Australia, Queensland e Nuova Galles del Sud.

La recente epidemia è stata studiata in Inghilterra da Harris e da Hall (*Lancet*, 20 aprile 1918) ed in Francia da Saint-Martin e Lhermitte che hanno dato all'affezione il nome di *poliomesocefalite primitiva con narcolessia*, e da Netter che le ha dato il nome più accettato di *encefalite letargica epidemica*.

* * *

Il complesso sintomatico della encefalite letargica epidemica offre molte varietà in rapporto alla gravità ed alla durata dei singoli sintomi e sopratutto alla compartecipazione dei vari nervi cranici. Comunque fondamentalmente l'affezione ha caratteri propri che per fatti positivi e negativi la distinguono da altre affezioni e la rendono una particolare entità morbosa. Netter (*Paris Médical*, 1918, n. 31) e Sainton (*Presse Médicale*, 1918, n. 53) che hanno fatto al riguardo un'esposizione ben dettagliata degli studi di altri autori e dei propri casi così descrivono la sintomatologia di questa malattia.

L'encefalite letargica si inizia spesso con sintomi molto vaghi che indicano una leggera affezione delle mucose respiratorie o digestive simile a quella che suole constatarsi nella influenza. Il sintoma capitale però è la sonnolenza che s'accompagna al principio con cefalea e vomiti: l'infermo è preso come da un senso di abbandono, le palpebre gli si appe-

santiscono, è invaso da un torpore irresistibile e non sa resistere al sonno.

L'infermo è ancora in grado di rispondere alle domande e di eseguire movimenti comandati, ma quando cessano le sollecitazioni si rimette a dormire. Successivamente il soggetto giace inerte nel letto incapace di eseguire qualsiasi movimento; ogni due o tre giorni si sveglia per mangiare e qualche volta si è costretti ad alimentarlo, mentre dorme ancora, con il poppatoio. Talvolta il sonno si trasforma in un vero stato comatoso, che può durare settimane e mesi accompagnato da delirio della parola o di azioni, da convulsioni, da paralisi degli sfinteri e decubiti.

Quasi costante come il sonno è la paralisi dei muscoli esterni dell'occhio, che si manifesta con ptosi bilaterale o unilaterale, strabismo, diplopia ed immobilità del globo oculare: si tratta di una oftalmoplegia esterna di origine nucleare. Meno frequente è la paralisi interna con scomparsa dei riflessi accomodatori e luminosi. Il nistagmo è comune.

La paralisi si può diffondere ai muscoli innervati del facciale, al velopendolo, alla lingua, alla faringe ed alla laringe. Queste paralisi conferiscono al malato un aspetto speciale simile alla faccia del miopatico quando predominano nella parte superiore e a quella del pseudo-bulbare quando sono limitate alla parte inferiore. Negli arti la paralisi è rara, più frequente però la catatonia, la incoordinazione, i tremori, eccezionali il clono e le contratture. L'afasia e la paralisi degli sfinteri sono state constatate qualche volta.

Mancano generalmente o sono molto leggeri i disturbi della sensibilità.

La febbre di breve durata all'inizio o al principio della malattia, o anche persistente ed elevata senza remissione è costante in tutti gli ammalati.

Mancano o sono poco marcati la rigidità nucale, il segno di Kernig e la bradicardia, sintomi caratteristici delle affezioni meningee.

La puntura lombare dà un liquido limpido, con tensione normale, con contenuto normale di albumina e glucosio: manca la linfocitosi o è poco marcata. Questi caratteri normali del liquido cefalo-rachidiano hanno una grande importanza diagnostica.

Comunque i sintomi sopra enunciati non sono sempre presenti e non presentano sempre la stessa intensità. La forma più comune è quella caratterizzata dall'associazione della sonnolenza con manifestazioni paralitiche dei nervi cranici. E non mancano per altro sindromi epilettiformi, apoplettiformi catatoniche e vesaniche che non potrebbero essere identificate senza tener conto del criterio epidemiologico.

La durata della malattia è molto varia. Può durare qualche giorno ed in tal caso terminare con la guarigione completa o anche con la morte preceduta da paralisi bulbare. Ma più spesso la malattia si prolunga per settimane e mesi. La crisi favorevole di regola si ha bruscamente, ma i disturbi psichici e somatici persistono lungamente: incapacità al lavoro mentale e fisico, sonnolenza, disturbi dell'accomodazione. La mortalità secondo i dati dei varii autori oscilla tra il 25 e il 55 %.

Anatomo-patologicamente si constatano congestioni ed emorragie puntiformi, infiltrazioni cellulari sopratutto attorno ai vasi: lesioni che colpiscono prevalentemente le formazioni grigie vicine al terzo ed al quarto ventricolo ed ai ventricoli laterali. P. Marie ha trovato il massimo delle lesioni a livello del *locus niger.* Le alterazioni anatomiche constatate indicano una encefalite interstiziale diffusa il cui agente ancora sconosciuto segue verisimilmente la via sanguigna. Si tratta di alterazioni analoghe a quelle della poliomielite, della rabbia e della malattia del sonno.

Alcuni autori hanno pensato che l'encefalite letargica sia una forma particolare della poliomielite. Contro questa ipotesi stanno parecchi fatti: la prima affezione si ha sopratutto in inverno e declina in primavera, mentre le epidemie della seconda raggiungono il loro acme in estate ed autunno; la encefalite letargica è più frequente negli adulti, la poliomielite più frequente nei bambini; le alterazioni del liquido cefalo-rachidiano sono più marcate nella poliomielite; la mortalità è più alta nella encefalite letargica, viceversa le atrofie e le paralisi persistenti sono più comuni nella poliomielite.

Dalla meningite cerebro-spinale la encefalite letargica si distingue per l'assenza di fenomeni schiettamente meningei e per il reperto del liquido cefalo-rachidiano.

Harris (*loc. cit.*) ha attribuito l'affezione ad una intossicazione alimentare prodotta dal *bacillus botulinus.* Ma Netter ritiene che si possa escludere trattarsi di botulismo tanto nei casi francesi che inglesi. Le manifestazioni più caratteristiche del botulismo: dilatazione estrema della pupilla, secchezza della bocca e della gola, non sono stati segnalati nei malati della recente epidemia, mentre la sonnolenza, sintoma essenziale e precoce della encefalite letargica, manca nel botulismo. I casi di botulismo, come tutte le intossicazioni intestinali,

si verificano in più soggetti che hanno consumato l'alimento incriminato: i casi di encefalite sono rimasti sempre isolati in una famiglia.

Si è anche tentati di pensare ad una localizzazione nei centri nervosi della infezione influenzale. Netter nega una tale possibilità fondandosi sul fatto che giammai è stato isolato dall'infermo l'agente specifico della influenza. Una tale considerazione non ha gran valore quando si pensa che i dubbi sulla specificità del bacillo di Pfeiffer prendono sempre maggiore consistenza. Per altro bisogna rilevare che Netter non ha preso in esame la circostanza che il *nona*, che certamente si identifica con la encefalite letargica, coincise con la pandemia di influenza del 1889-1890 e che l'attuale epidemia di encefalite coincide con la pandemia di influenza che ancora infierisce in Europa. Una tale osservazione assume maggiore importanza quando si consideri che negli individui affetti da encefalite letargica si hanno fenomeni catarrali del rino-faringe simili a quelli dell'influenza, che il modo di inizio è clinicamente uguale a quello dell'influenza e che, come nell'influenza, alla encefalite segue un lungo periodo di astenia. Comunque la quistione va ancora studiata seguendo naturalmente criteri epidemiologici e clinici più che quelli batteriologici, che per il caso in questione hanno una base poco sicura. La epidemia che è ora in pieno sviluppo in Italia con frequenti manifestazioni nervose potrebbe costituire al riguardo un ottimo materiale per gli studiosi.

G. DRAGOTTI.

ANALISI E COMMENTI.

A proposito di una forma batterica descritta col nome di « B. diplomorfo bipolare emosettico », rinvenuta in malati di influenza.

Nota del prof. M. LEVI DELLA VIDA, docente di batteriologia e incaricato di igiene applicata all'ingegneria.

Il prof. R. Ciauri riferisce, nell'ultimo numero del *Policlinico*, di avere riscontrato e isolato, in alcuni casi di malattia a tipo influenzale, un germe che egli descrive accuratamente, e denomina « B. diplomorfo bipolare emosettico ».

Il reperto può certamente, qualora si ripeta con una certa costanza, e in maniera ineccepibile, tanto da potersi escludere la ipotesi di una accidentalità o di un eventuale inquinamento, avere non poca importanza; e su ciò non è il caso di sollevare alcuna obbiezione o di muovere alcuna critica. Ma ciò che, a mio modo di vedere, si presta a qualche dubbio, si è la interpretazione che l'A. ha dato al germe da lui così dettagliatamente e con tanta precisione descritto; per cui egli ritiene di aver a che fare con una forma batterica diversa da quelle già note. Ora mi sembra che la descrizione, appunto perchè accurata e precisa, permette di fare, sulla scorta delle conoscenze di batteriologia, una diagnosi, se non esatta, per lo meno approssimativa, della forma batterica descritta dal prof. Ciauri, e di dare una interpretazione molto più semplice a ciò che egli ha veduto nei suoi preparati. Credo che il Ciauri abbia avuto sotto la sua osservazione un germe sporigeno, del quale la forma che egli chiama α non è altro che la forma vegetativa (con inclusa la spora, in uno stadio maggiore o minore di evoluzione) e la forma che l'A. chiama β corrisponde alle spore libere. In questo modo, tanto semplice, si spiegano tutte le particolarità morfologiche descritte, il comportamento alle colorazioni in genere e al Gram, e il fatto di non riuscire mai, nelle colture, ad ottenere una delle forme isolata dall'altra. Ritengo anche che, così interpretata la descrizione del germe rinvenuto dal Ciauri, non dovrà riuscire difficile, tenendo conto dei caratteri colturali (e specialmente osservando le caratteristiche dello sviluppo su patata o in gelatina, di cui finora l'A. non parla), di ascrivere detto germe a una delle specie di bacilli sporigeni già descritti nei trattati di batteriologia; o, se non identificarlo, per lo meno avvicinarlo a una di tali specie ben note.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'attitudine funzionale cardiaca del soldato.

(VAQUEZ e DONZELOT. *Annales de Médecine*, IV, luglio-agosto).

I due autori studiano in un lavoro analitico il valore dei mezzi d'indagine atti a valutare la capacità funzionale del miocardio.

Uno degli espedienti comunemente usati è quello di ricercare le *modificazioni del polso* con lo sforzo. Essi notano che l'accelerazione del polso dopo uno sforzo non è un fatto semplice in rapporto con una costante proprietà del miocardio. Normalmente la tachicardia può essere in rapporto:

1° Con l'eccitazione del sistema nervoso acceleratore, centrale o periferico, intra o extracardiaco.

2° Con la diminuzione delle resistenze periferiche, e facilità consecutiva dell'evacuazione dell'onda sanguigna.

3° Con le difficoltà della diastole e quindi con difetto di replezione dei ventricoli.

4° Con difficoltà della sistole, determinata da un indebolimento dell'energia ventricolare. Soltanto quest'ultimo fattore è in rapporto immediato con l'energia del miocardio; e invece un'accelérazione del polso può dipendere da uno dei tre fattori isolati, o, come più di frequente, da tutti i fattori variamente combinati. È impossibile in tali condizioni valutare dal resultato del semplice esperimento se l'accelerazione del polso è dovuta alla difficoltà della sistole e quindi alla forza miocardica.

Nella pratica poi gli AA. hanno trovato che in soggetti sani l'accelerazione ottenuta con una medesima prova è variabilissima per grado e durata, in relazione anche col dinamismo nervoso individuale e col grado differente di allenamento fisico; e già Merklen aveva concluso che questo espediente rende ragione più del grado di eccitabilità del miocardio che non della capacità funzionale.

Ma i resultati sono variabili anche sullo stesso individuo, se esaminato prima o dopo i pasti, ecc.

Gli AA. a proposito dell'accelerazione del polso da sforzo, isolatamente considerato, concludono:

a) I resultati sono molto differenti a seconda dell'individuo e dei vari momenti di esame.

b) Si trovano contradizioni tra i resultati di questo esame e i sintomi clinici più evidenti.

c) È impossibile stabilire un rapporto fisso tra i diversi tipi di resultati e l'attitudine funzionale del cuore.

Circa il valore delle variazioni della *tensione arteriosa*, essi premettono che noi possiamo misurare la pressione radiale od omerale, non l'aortica; e quindi i nostri resultati subiscono le cause d'errore dovute alle modificazioni locali delle resistenze periferiche. Con l'apparecchio Riva-Rocci e col Pachon hanno esaminato molti soggetti ed hanno trovato che:

1° Esistono normalmente, per uno sforzo determinato, delle variazioni di pressione massima e minima molto differenti e talora in senso contrario non solo in differenti individui, ma nello stesso individuo da un giorno all'altro.

2° Non v'è un rapporto fisso tra la forma di certe curve di pressione da sforzo e la diminuzione di forza di riserva del cuore.

3° È possibile, in certi casi, in cui la forza attuale del cuore è colpita, d'osservare una diminuzione netta della pressione differenziale. In alcune contingenze l'abbassamento della pressione differenziale fa parte di tutto un assieme sintomatico d'insufficienza cardiaca, che toglie al rilievo ogni significato diagnostico, lasciandogliene forse solo uno pronostico. Ma la pressione differenziale non diminuisce nettamente che nei casi d'insufficienza del ventricolo sinistro; nelle prove, basate sulle variazioni della pressione arteriosa, non si trova nessuna indicazione che permette di apprezzare la capacità funzionale del ventricolo destro.

L'esame clinico minuzioso e completo con dati grafici, manometrici e radioscopici è il solo metodo utile per giudicare del valore funzionale d'un miocardio.

***

Secondo gli AA. difficile è apprezzare nelle *lesioni valvolari* il grado di compenso. Ricordare sempre che le stenosi sono più gravi delle insufficienze e l'esenzione è dovuta ai primi.

Insufficienze aortiche e mitraliche sono ben sopportate, ma possono presentare episodi di insufficienza acuta, e quindi i portatori di esse vanno destinati ai servizi ausiliari. Se l'ortodiagrafia mostra un notevole aumento del volume del cuore, è opportuno dare l'esenzione.

La *sinfisi pericardica* è causa di esenzione, così la *miocardite cronica diffusa* caratterizzata da extrasistoli, da insufficienza relativa della mitrale, da un aumento del volume del cuore; l'*aortite cronica*, una *pressione arteriosa notevolmente e permanentemente elevata.*

Negli *enfisematosi* badare al secondo tono polmonare, e ai diametri della cavità del cuore,

con l'esame radioscopico, per giudicare sulla eventuale insufficienza del cuore destro.

L'*aritmia respiratoria* è senza valore alcuno; importa la riforma l'*aritmia completa*. L'*aritmia extrasistolica* pura dei giovani obbliga a sorveglianza medica e ad un allenamento progressivo; le *extrasistoli* degli uomini dopo la quarantina obbligano ai servizi sedentanei o alla riforma a seconda del grado di aumento del volume del cuore.

I *tachicardici* devono essere distinti in due categorie:

1ª Quelli che con tre o quattro giorni di riposo migliorano rapidamente. Essi siano per poco tempo trattenuti all'ospedale e poi inviati ai depositi, dove devono essere assoggettati, sotto la sorveglianza medica, all'allenamento progressivo. Sono dei soggetti con cuore irritabile, non dei basedoviani.

2ª Quelli sui quali poco effetto utile ha il riposo. In essi certo la capacità funzionale del cuore è diminuita temporaneamente o definitivamente. La miglior risoluzione è quella di inviarli in licenza, e, a seconda dei resultati ottenuti, dopo 3 o 4 mesi di riposo, prendere decisioni definitive. *t. p.*

CHIRURGIA.

Chirurgia della cistifellea.

(CL. U. COLLINS e G. H. WEBER. *Ann. of Surgery*, luglio 1916).

Le incisioni di Mayo-Robson e di Bevan, molto usate in America nella chirurgia delle vie biliari, hanno, per C. e W., fra gli altri, l'inconveniente di disturbare l'innervazione del muscolo retto di destra.

Collins pensò di raggiungere la cistifellea con un'incisione diagonale (!), che aveva i seguenti tre vantaggi: non sezionava sulla stessa linea i vari strati della parete addominale, donde una ricostituzione più forte di questa; non modificava la vascolarizzazione nè l'innervazione del m. retto; interessava un tratto di parete resistente, perchè fatta da muscolo e da aponevrosi.

Poichè però questa incisione non poteva essere troppo prolungata in alto e in basso, essa è stata trasformata da C. e W. in longitudinale rettilinea. Ecco come essi procedono: incisione longitudinale della cute, sottocutaneo e pagina anteriore della guaina del retto a circa metà distanza fra i margini di tale muscolo. Per via ottusa la metà interna del muscolo è separata dalla guaina e il muscolo stesso spostato all'esterno con un divaricatore. Incisione, sullo stesso livello di quella cutanea del foglietto posteriore della guaina e del peritoneo.

C. e W. riconoscono che la tecnica, da essi divisata, era già stata descritta prima da altri.

Una piccola incisione obliqua, analoga a quella di Collins, può essere usata, quando si voglia fare una colecistostomia; essa ha il vantaggio di permettere, come l'incisione di Mc Burney per l'appendice, una ricostituzione valida della parete addominale; essa è sopratutto utile quando un'altra incisione sia stata fatta per qualche lesione addominale, e si trovino alterazioni della cistifellea che, o per sè, o per lo stato del paziente indichino una colecistostomia.

Gli AA. consigliano di procedere alla rimozione della cistifellea cominciando dal basso; in tal modo il dotto e l'arteria cistica sono messi bene in vista, e quest'ultima può essere subito allacciata, mentre si evita con maggiore facilità di includere nell'allacciatura del cistico l'epatico o il coledoco.

Per ricoprire bene la superficie cruenta risultante dalla colecistectomia C. e W. dissecano un lembo rettangolare di peritoneo sulla parte più vicina al cistico della cistifellea e sul cistico stesso. Questo lembo è poi ribattuto e suturato. La dissezione di questo lembo rende anche più facile di trovare ed isolare il dotto e l'arteria cistica.

La ferita delle pareti è di solito richiusa *per primam;* si drena, se occorre, traverso una piccola incisione laterale, come consiglia Ruth.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le neuralgie professionali.

M. Tempini (*Il Morgagni*, 1917, n. 30) osserva che accanto alle meiopragie, alle discinesie legate esclusivamente a certi movimenti coordinati particolari a ciascun mestiere esistono delle forme nevralgiche il cui carattere etiologico professionale è spesso misconosciuto, perchè vengono erroneamente attribuite a cause reumatizzanti. Non esiste di certo una forma nevralgica con caratteri particolari per ciascun mestiere: si tratta di solito di semplici algie locali a carico di uno o più nervi di una data regione sottoposta a speciale affaticamento. Così si può avere la medesima forma nevralgica in individui che esercitano professioni diverse, ma che richiedono l'uso continuo fino all'affaticamento di una sezione del sistema neuro-muscolare.

Le nevralgie professionali una volta conclamate non si manifestano soltanto durante il lavoro, ovvero nell'atto di assumere uno speciale atteggiamento come precede nei crampi professionali, ma anche fuori del lavoro quando si cimenti in qualche modo la parte dolente. Un al- atteggiamento come succede nei crampi professionali si è che esse non cedono facilmente ai comuni rimedi sedativi ed antinevralgici, ma solamente col riposo più o meno prolungato. Di solito le nevralgie del circonflesso, del mediano, del radiale e del cubitale occorrono più nelle stiratrici, cucitrici, piegatrici di giornali, sigaraie, lavandaie, e nei fabbri, falegnami, ecc., mentre le nevralgie dell'arto inferiore occorrono più frequentemente nei sarti, nelle cucitrici a macchina, negli arrotini, nei facchini, ecc. Per altro pare assodato che le nevralgie nel campo del plesso brachiale sono più frequenti nelle donne che negli uomini, e ciò in rapporto al fatto che le donne sono in genere addette a mestieri che richiedono dalle bracccia un lavoro forse non faticoso nè pesante ma che per durata ed intensità è assillante per dati distretti neuro-muscolari.

Nell'arto superiore oltre a ciò predominano le nevralgie del mediano, e ciò in rapporto al fatto che questo nervo si distribuisce alla maggior parte dei muscoli della mano; vengono poi quelle del circonflesso, del radiale e dell'ulnare.

Talvolta si hanno forme associate. È da ricordare che anche la nota nevralgia occipitale, che colpisce spesso chi porta pesi sulle spalle, appartiene alle nevralgie professionali.

In quanto alla patogenesi di queste forme nevralgiche bisogna tener presente gli effetti che la fatica e lo strapazzo fisico possono produrre sui tronchi nervosi che presiedono al movimento delle parti sottoposte ad un lavoro continuo, intenso; i prodotti del ricambio circoscritto ed esagerato, gli elementi di consumo e di scomposizione verso i quali la sostanza nervosa è particolarmente sensibile; il forte dispendio di materiali e di forza tensiva senza adeguati ripari, per deficienza di riposo durante il quale si possa verificare la completa eliminazione delle sostanze di rifiuto e l'assunzione di nuovo materiale nutritivo, finiscono con l'indurre nei nervi uno stato di distrofia cronica più che sufficiente per produrre l'algia. Tuttavia non bisogna trascurare altre cause coadiuvanti o predisponenti, quali una speciale vulnerabilità individuale del sistema nervoso e le intossicazioni endogene (uricemia, intossicazioni intestinali, glicosuria, ecc.), o esogene (piombo, alcool, tabacco, ecc.). Nei casi però osservati dall'A. il fattore professionale rimaneva sempre il più importante se non esclusivo.

Le neuralgie professionali quanto al modo di presentarsi ed ai sintomi non differiscono gran che dalle comuni neuralgie: possono presentare un carattere accessuale periodico, ma ordinariamente, e questo può essere anche un criterio differenziale, insorgono durante il lavoro e dopo qualche tempo che il lavoro è stato intrapreso; spesso nelle giornate di riposo l'accesso non si presenta per ricomparire non appena l'operaio riprende il lavoro; esistono i punti di Valleix sul decorso dei nervi interessati; di più si hanno talora in altri punti dolori circoscritti sulle masse muscolari, il che fa pensare alla compartecipazione dei muscoli.

Un altro carattere di queste neuralgie è la loro lunga durata e talvolta il loro progressivo aggravamento e ciò in rapporto con la persistenza del fattore etiologico.

Nelle nevralgie da occupazione non si notano lesioni anatomiche apprezzabili, nè alterazioni trofiche dei muscoli come si osserva nelle nevriti e nelle miopatie professionali.

La importanza pratica della conoscenza di queste forme nevralgiche sta nella possibilità di scoprire le eventuali simulazioni e di poterle guarire con un adeguato indirizzo terapeutico. Il rimedio fondamentale è certamente un congruo periodo di riposo tanto più efficace quando è coadiuvato dal massaggio, dai bagni caldi locali ed eventualmente da altri rimedi suggeriti dall'esame clinico in rapporto allo stato generale. Quando si ha motivo di ritenere che esista una forte ritenzione di materiali tossici da fatica può riuscire utilissima la diaforesi gene-

rale o locale, per ottenere la quale è preferibile usare la pomata di Daniele Mollière (vasellina gr. 100, nitrato di pilocarpina 5-10 cgr.: per frizioni). *a. a.*

TERAPIA.

Aspirinismo cronico.

Stiell (*Practitioner*, 1917, vol. 99, pag. 293) descrive un interessante caso di aspirinismo cronico.

Si tratta di un individuo di 50 anni, il quale, per lenire le sofferenze causategli da un'artrite reumatica, aveva contratto l'abitudine di pigliare due volte al giorno 65 ctgr. di aspirina. Questo trattamento durava da sette anni e per i primi sei anni il medicamento venne tollerato perfettamente senza alcun disturbo e senza che mai si presentassero segni di irritazione gastro-intestinale e di depressione cardiaca o mentale che sono i fatti più salienti dell'avvelenamento da aspirina.

Ma al settimo anno si manifestò il primo sintoma di intolleranza sotto forma di una congiuntivite semplice che dava al paziente l'impressione di avere della sabbia negli occhi e che obiettivamente si manifestava con una iperemia delle congiuntive palpebrale e bulbare.

Una settimana dopo comparvero le prime manifestazioni di un'orticaria che non trovava alcun giovamento nelle cure dietetiche e nelle cure locali e generali.

In pochi giorni l'orticaria si generalizzò a tutto il corpo assumendo in parte i caratteri di un edema acuto circoscritto, in parte il tipo di una grave orticaria bollosa.

Il paziente venne in breve tempo ridotto in gravi condizioni, tormentato dalla insonnia, da disturbi gastro-intestinali, vomito e diarrea, da disfagia per tumefazione edematosa della lingua e delle fauci. Anche le palpebre si presentavano edematose al punto da impedire la funzionalità dell'occhio.

L'urina trattata con soluzione di percloruro di ferro dava un'intensa colorazione violetta, ma la quantità di acido salicilico in essa contenuto non venne calcolata.

Dopo avere stabilita diagnosi di aspirinismo cronico si soppresse rigorosamente l'uso ulteriore del medicinale. Si iniziò un trattamento curativo a base di ittiolo, di liquore arsenicale, di tintura di belladonna e di lattato di calcio; di notte si diedero bromuri a dose generosa.

A capo di 7 settimane ogni traccia di orticaria era scomparsa e l'urina ritornata normale.

È interessante l'osservazione che durante l'accesso di orticaria rimasero in silenzio i fenomeni artritici, sebbene fosse completamente sospeso l'uso dei preparati salicilici.

Questa osservazione interessa in quanto che comprova la grandissima tolleranza dell'organismo per l'uso protratto dell'aspirina ed in quanto che ci fa conoscere una rara forma d'intossicazione medicamentosa. *g. s.*

L'azione della canfora sul cuore.

H. E. Sigerist (*Corrispondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 22 dicembre 1918) riferisce che la somministrazione prolungata di canfora ai conigli non sembra diminuire in alcun modo il funzionamento e la struttura del cuore, ma piuttosto aumentare la sua capacità funzionale. Tale somministrazione però non rende il cuore più resistente all'intossicazione per fosforo od alla tossina difterica, e non lo aiuta ad ovviare agli effetti di entrambe.

T. Zangger (*Ibidem*) trova che piccole dosi di canfora sono utilissime per rialzare il tono del cuore con miocardite cronica. Durante la fase acuta sono necessari la digitale od altri tonici, ma quando l'affezione ha preso un decorso cronico, 10 o 15 goccie al giorno del solito alcool canforato continuato per due o tre mesi sono molto giovevoli per rialzare il tono del cuore. Egli ha trattato in tal modo oltre 100 pazienti di cui più di 65 con miocardite cronica. L'A. consiglia di dare l'alcool canforato sullo zucchero o in acqua. FIL.

Antagonismo fra l'atropina e certi emetici.

Vi sono emetici che esercitano la loro azione stimolando direttamente qualche porzione del sistema nervoso centrale; sono fra essi i seguenti: pilocarpina, nicotina, morfina, apomorfina, emetina, aconitina e onabaina.

Dalle ricerche di Carry Eggleston (*Cornell University med. bull.*, ottobre 1917) risulta che l'atropina o la josciamina somministrate contemporaneamente, o subito dopo, alla pilocarpina od alla nicotina, inibiscono l'effetto emetico di queste ultime; tale fatto però non si verifica con gli altri emetici. L'inibizione poi è limitata all'effetto emetico, non alle altre azioni esercitate dalle stesse sostanze, come, p. e., la stimolazione delle ghiandole sebacce e bronchiali da parte della pilocarpina. L'azione inibitrice non è di natura chimica, ma bensì fisiologica e si esplica sul centro.

Queste osservazioni indicano che i centri emetici sono complessi e comprendono almeno due differenti punti d'azione o ricettori per gli stimoli chimici. L'uno viene eccitato dalla pilocarpina e nicotina e depresso dall'atropina, l'altro è stimolato dalla morfina, apomorfina, ecc., ma non viene depresso dall'atropina.

La nozione di questa incompatibilità fisiologica può essere utile in terapia. *ini.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(981) *Tubercolosi pulmonare consecutiva e trauma.* — All'abb. n. 1169:

La quistione della relazione fra trauma e tubercolosi pulmonare è stata molto dibattuta. Allo stato dei fatti pare assodato che i traumi toracici possano svelare un focolaio tubercolare latente o aggravare una tubercolosi già manifesta per segni fisici e disturbi locali e generali. La quistione è più o meno ampiamente trattata in tutti i libri di infortunistica.

DR.

(982) All'abb. n. 147:

In nessuno dei comuni trattati di Medicina Legale, vi è uno schema di perizia medico-legale. Nè può esservi, tanti e così diversi possono essere i casi che si presentano. Un accenno al modo come condurre una perizia, specie per le autopsie giudiziarie, lo si può trovare nel trattato di Medicina Legale dello Strassmann tradotto dal Carrara (Un. Tip.-Ed. Torinese) e nel mio compendio di Medicina Legale (presso l'Amministrazione del *Policlinico*).

Una raccolta di perizie medico-legali, da cui l'abbonato potrà ritrarre utili insegnamenti è « Clinica di Medicina Legale » del prof. A. Raffaele (Napoli, Tipogr. Jovene e C.). A. A.

(983) Al dott. P. M. da C.:

LEMOINS: *Traité d'Hygiène militaire*, 1911, Parigi, Masson editore. — BROUARDEL et MOSNY: *Traité d'Hygiène*, vol. 9°. Parigi, Baillière et fils, editori. M. G.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

W. C. RIVERS. *Three clinical studies in tuberculous predisposition* (Tre studi clinici sulla predisposizione alla tubercolosi). Un vol. in-8° di pag. 271, con fotografie, rilegato. — G. Allen e Unwin, editori, Londra. — Prezzo scellini 12/6.

L'A., mettendosi da un punto di vista puramente clinico, descrive tre anormalità fisiche, che si trovano con relativa frequenza nei tubercolotici: sono esse lo strabismo, l'ittiosi e le deformità nasali. Le due prime si trovano complessivamente nel 2.6 % dei tubercolotici e nel 0.6 % dei non tubercolotici; e si può dunque presumere che esse predispongano alla tubercolosi nella misura del 2 %. I difetti nasali si trovano nel 68 % dei tubercolotici e nel 36 % dei non tubercolotici, ciò che indica che esse costituiscono una causa predisponente nel 32 % dei casi.

Le numerose osservazioni e considerazioni che l'A. fa in questo libro, ricco di dati di fatto, indicano un'altra via tutt'altro che trascurabile per la profilassi e per il trattamento della tubercolosi. Da ultimo l'A. svolge alcune considerazioni sui rapporti fra tubercolosi e pazzia, problema di una certa gravità quando si pensi che il 93 % degli idioti mongoloidi soccombe alla tubercolosi. FIL.

JOHN R. GILLESPIE. *A rational method of using tubercolin in the treatment of pulmonary tuberculosis* (Uso razionale della tubercolina nel trattamento della tubercolosi polmonare). Un volumetto in-16° di una quarantina di pagine. — Graham e Heslip, ed., Belfast. — Prezzo scellini 2/6.

I pareri dei medici pratici sull'efficacia della tubercolina sono assai discordi; per vedere chiaro nella questione è dunque necessario procedere ad uno studio sistematico. L'A. esamina dapprima le reazioni locali, generali, a focolaio, susseguenti l'iniezione di tubercolina, ed i fattori da considerarsi per la somministrazione razionale di questa. Importantissimo è il giusto dosamento, in quanto che dosi troppo alte o troppo piccole provocano intolleranza od ipersensibilità.

L'A. fornisce quindi le indicazioni necessarie per la terapia tubercolinica, le dosi iniziali, quelle successive, da somministrarsi a distanza di tempo, ed in quantità variabili, secondo le reazioni dell'individuo, il trattamento dietetico ed igienico da seguirsi, di cui fanno parte gli esercizî graduati. Seguono i risultati ottenuti con le cure. FIL.

VARIA.

Conseguenze della guerra sulla nuzialità e la natalità.

Il numero dei matrimoni in Inghilterra è in continuo aumento malgrado la diminuzione degli uomini validi. Si sostiene che dall'agosto 1914 al giugno 1917 si sono avuti almeno 200,000 matrimoni, che senza la guerra non si sarebbero fatti.

In Germania il numero dei matrimoni è sceso del 10 % in media, malgrado i numerosi matrimoni di guerra.

Le diminuzioni più forti si hanno a Brema: 37,6 %, Amburgo 24,5 %, Berlino 21,6 %.

Secondo il presidente della Royal Statistical Soc., questa diversità è dovuta a che in Inghilterra il matrimonio è favorito da assegni forti alle mogli dei soldati e dalle pensioni.

Le nascite sono diminuite dappertutto. Si calcolano 500,000 nascite in meno in Inghilterra, 3,600,000 in Germania, 1,500,000 in Austria. (Dal *Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'opera della sanità militare contro l'attuale epidemia.

Il Ministero della guerra (Direzione generale di Sanità militare, divis. I: personali sanitari) ha inviato ai Comandi di corpo d'armata territoriale la seguente circolare:

«Per fronteggiare l'epidemia influenzale che ha accomunato sotto la stessa minaccia la popolazione militare e quella civile, e nello stesso fervore di provvidenze la sanità pubblica e quella dell'esercito, già un rilevante numero di ufficiali medici è impegnato nelle condotte comunali, in sostituzione di medici civili.

Lo sforzo compiuto, cui con prontezza concorse largamente il Comando Supremo, non si addimostra ancora pari alla necessità ed è pertanto indispensabile che i signori direttori di sanità territoriali si tengano pronti ad altre richieste, escogitando solleciti espedienti per una migliore utilizzazione del personale medico che sono autorizzati a trarre anche dagli ufficiali medici ricollocati in congedo, di grado non superiore a maggiore, e dalla categoria degli assimilati, non però solo per far numero, ma quando sieno sicuri di ottenere dai singoli un efficace contributo di capacità e di buon volere.

Le direzioni di sanità si terranno collegate cogli ufficiali medici rispettivamente comandati a servizio civile e a tale scopo a ciascuno di essi sarà fatto obbligo di segnalare giorno per giorno, anche con cartolina postale, la propria residenza alla direzione di sanità da cui fu messo a disposizione dell'autorità civile.

Ogni ufficiale medico, inoltre, deve redigere il diario giornaliero del proprio servizio e ogni decade ne trasmetterà copia, corredata di opportune osservazioni, alla direzione di sanità la quale ne curerà il sollecito invio al Ministero della guerra (direzione generale di sanità militare).

I signori direttori di sanità segnaleranno inoltre a questo Ministero l'azione di quei sanitari che siano particolarmente encomiabili per spirito di provvida iniziativa, per fervore di prestazione della propria opera, per sollecitudine verso gli infermi, poichè, come d'intesa col Ministero dell'interno oltre una speciale indennità giornaliera che verrà a tutti assegnata, intendo premiare quelli che con più slancio ed efficacia abbiano risposto alla voce di solidarietà per la pubblica salute.

Ed ogni ufficiale medico tenga presente che la sua opera a pro delle cittadinanze colpite è in pari tempo azione eminentemente militare, azione cioè profilattica contro l'ulteriore propagazione dell'infezione nelle truppe e tendente a mantenere la continuità del reclutamento e del recupero, indispensabili alla vitalità dell'esercito.

Opera adunque, oltrechè sanitaria, altamente nazionale è commessa agli ufficiali medici che, sebbene silenziosamente, risponderanno ad essa col consueto magnifico slancio morale».

ATTI PARLAMENTARI.

Sull'attuale epidemia.

L'on. Pietravalle ha presentato alla Camera la seguente interrogazione:

«Interrogo il presidente del Consiglio, ministro dell'interno:

1° sullo stato sanitario del Paese, affinchè la verità, detta dal capo del Governo dinanzi al Parlamento, valga a presto calmare preoccupazioni e smentire esagerazioni, che turbano la magnifica resistenza morale e la disciplina del multiforme lavoro della nazione in guerra;

2° sulle misure ordinate e da energicamente ordinarsi, con ogni larghezza di mezzi ed eccezionalità di provvidenze, per migliorare e garentire le condizioni igieniche generali degli abitati e specialmente di taluni grandi e medi centri urbani; per vietare inutili riunioni od affollamenti, e limitare le abitazioni collettive civili e militari, per proteggere con ogni rigore la trasandata salubrità della pubblica alimentazione; per ripristinare ed assicurare ogni servizio sanitario, quello medico-chirurgico specialmente, così gravemente compromesso da incessanti sottrazioni di sanitari all'assistenza della popolazione civile per ordini dell'autorità militare».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7433) *Certificati medici - Obblighi pel rilascio da parte del medico condotto.* — Dott. abb. 4521. — Il medico condotto a cura piena è obbligato al rilascio gratuito di tutti i certificati medici a qualunque scopo essi sieno chiesti e da qualsiasi persona. Poichè la cura medica comprende anche l'assistenza sanitaria e poichè della assistenza sanitaria fa parte il rilascio dei certificati, è ovvio che il medico condotto deve rilasciare i certificati a tutti e per qualsiasi scopo.

Per i poveri del Comune può rilasciarsi in carta libera il certificato quando ad esso sia unito il certificato di povertà del sindaco o quando debba servire per sussidio o per ammissione gratuita in un istituto di beneficenza. Pel sanitario che rilascia il certificato basta agli effetti del bollo che dichiari in fine che esso si stende in carta libera *per gli usi consentiti dalla legge*. Vanno rilasciati in carta libera i certificati che debbono servire per la *leva militare*.

(7434) *Trattamento economico dei medici chiamati sotto le armi - Caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. da C. — Nel computo della differenza di stipendio fra quello militare e quello civile che Le compete, non è calcolata la indennità mensile di lire 250 che riceve per la supplenza del collega chiamato sotto le armi. Sullo stipendio di lire 3600 che percepisce come titolare della condotta ha diritto alla indennità caro-viveri in lire 24 mensili. Può anche usufruire dello aumento di

stipendio stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo, sempre che sia stato deliberato dal Consiglio comunale e debitamente approvato. Durante i mesi in cui è stata obbligata al riposo per infermità non può percepire la indennità di lire 250 per la supplenza, salvo che non intervenga speciale deliberazione del Consiglio, che provveda alla relativa supplenza a proprie spese e deliberi la corrisponsione dello assegno a di Lei favore.

(7435) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. R. G. da G. — Del trattamento economico stabilito a favore dei medici condotti titolari non possono usufruire i medici condotti interini, pei quali la chiamata sotto le armi rompe ogni rapporto di impiego.

(7436) *Esonero dal servizio militare.* — Abbonato n. 1117. — Prima che scada l'esonero in corso sarebbe opportuno che il Comune riproducesse al Prefetto, Presidente della Commissione provinciale, la domanda per il nuovo esonero e ponendo esaurientemente le ragioni per cui l'opera sua è ritenuta insostituibile ed indispensabile nell'interesse del servizio di assistenza sanitaria pei poveri.

(7437) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. P. da A. — La Commissione centrale che esamina le deliberazioni dei Comuni colpiti dal terremoto ha facoltà di ridurre anche le spese obbligatorie, come è quella del caro-viveri stabilita dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181. Non sarebbe consigliabile pertanto alcun ricorso per legittimità alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. G. G., o. 25 P. M. V.:

I medici *esonerati,* destinati a compiere una sostituzione in servizio civile, dietro richiesta nominale della Prefettura, non hanno diritto a percepire altro che lo stipendio corrisposto dall'amministrazione civile presso la quale assumono il servizio.

Diverso è il caso del medico militare *comandato* ad un servizio civile, il quale percepisce l'assegno militare, a meno che l'assegno del comune cui è destinato d'autorità superi quello militare, nel qual caso egli opta per lo stipendio civile.

Al dott. M. D. A. da R.:

L'ufficiale in questione può chiedere di venir nominato capitano medico di complemento *per titoli.*

Infatti egli ha il titolo richiestó per tale nomina avendo compiuto oltre 15 anni di esercizio professionale.

Il fatto di essere non incondizionatamente abile non ostacola tale nomina.

Al dott. G. M., Zona di guerra:

Data la poca anzianità della sua classe di leva (1881) l'avvicendamento puro e semplice non Le verrebbe concesso.

Ella potrebbe però cercare di farsi assegnare, dietro richiesta, ad un qualche servizio civile.

All'abb. n. 7143:

I trasferimenti dalla fanteria alla sanità non sono attualmente ammessi; comunque, in via eccezionale, Ella può provare a far domanda al Ministero, motivando le ragioni per le quali non potè presentare i titoli in tempo utile.

All'abb. n. 3427:

Al primo quesito fu già risposto.

Se Ella è *comandato* al servizio civile, nessuno all'infuori del Ministero della guerra può concederle un permesso di interruzione di servizio.

Circa il secondo quesito si osserva che la circolare ministeriale sabilisce che per essere avvicendati occorre di aver *compiuto* i 40 anni di età.

Ella quindi a rigore dovrebbe attendere a far la domanda di avvicendamento di trovarsi in tale condizione.

All'abb. n. 9200:

Trattasi di provvedimenti che riguardano i militari di truppa e non gli ufficiali.

All'abb. n. 5773.

Occorre che Ella faccia pervenire al Ministero della guerra un reclamo, onde dare adito al Ministero stesso di intervenire, poichè la promozione Le spetta di diritto. Circa il cambio di servizio Ella può pure farne domanda al Ministero allegando i motivi.

Al dott. A. O. da S. d'A.:

Ella deve chiedere di venir nominato capitano medico di complemento *per titoli.*

Ne ha pieno diritto, date le vigenti disposizioni.

Le compete anche la indennità delle classi anziane.

All'abb. n. 7660:

Per aver la promozione da sottotenente a tenente, avendo Ella già 18 mesi di permanenza nel grado inferiore (art. 2 circolare 752 del G. M. 1916) basta che compia 4 mesi di servizio in zona di guerra. La proposta deve esser fatta dal Comando di gruppo al quale appartiene. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il colonnello medico Stefano Santucci, direttore di Sanità della 3ª Armata, con recente bollettino del Comando Supremo è stato promosso generale brigadiere per merito di guerra.

Il contributo potente da lui portato per tre anni continui, nella zona di guerra, alla organizzazione dei servizi sanitari, alla quale dedicò tutta la sua attività, si sanziona degnamente con tale premio.

Il Corpo sanitario militare e più specialmente il personale medico della 3ª Armata, che lo ha veduto infaticabile e conosce la vastità del suo sforzo nella risoluzione di gravissimi problemi, ha appreso con alto compiacimento e vero entusiasmo la meritata promozione.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta contro la malaria.

Riportiamo larga parte di un pregevolissimo articolo che il dott. G. Fabbri, capo del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, pubblica su questo argomento nel «Giornale d'Italia Agricolo»:

Guido Baccelli, con uno di quei suoi geniali aforismi, dei quali tanto si compiaceva, era solito ripetere: «La malaria si vince con l'aratro»; ed è proprio così. Dove alla estensiva si è potuto sostituire la coltura intensiva, la malaria è scomparsa.

Ma, se una volta al passaggio dall'una all'altra coltura doveva precedere una lunga preparazione del terreno, poichè a guardia del deserto stava l'ombra squallida della morte, d'ora innanzi, senza sacrificio di vite umane, potrà essere al deserto rapidamente consentita la giocondità delle messi.

E questo, perchè con assoluta certezza ora si sa che la malaria non deriva da aria cattiva o corrotta da esalazioni mefitiche, ma viene inoculata direttamente all'uomo colla puntura delle *anofeli*, in precedenza infettatesi per avere succhiato il sangue di un uomo malarico; così che se ancora *per autumnos nocentem corporibus metuemus austrum*, più fortunati di Orazio, ne conosciamo la causa. Svelato il mistero, è facile argomentarne che, col difendere l'uomo dalle punture delle *anofeli* lo si salva anche dalla malaria.

A pena annunziata la nuova dottrina, le Ferrovie italiane, tra il chiudersi del vecchio e lo schiudersi del nuovo secolo, senza preoccuparsi nè di difficoltà nè di spese, vollero farne la prova. Fu pertanto esclusivo merito delle Ferrovie italiane se potè essere sperimentalmente dimostrato, non solo che, sottraendosi l'uomo alla puntura delle *anofeli*, lo si sottraeva al pericolo di contrarre le febbri, ma che la difesa dell'uomo dalle punture del micidiale insetto notturno era pienamente, con un piccolissimo sforzo di buona volontà, conciliabile, anche nei più umili lavoratori, colle ordinarie abitudini della vita. Ad una tale dimostrazione tutti gli animi si apersero alle più liete speranze: e ne avevano ragione.

Anche il Parlamento italiano si scosse e votò una legge eccellente, la quale anche dagli altri Stati afflitti dalla malaria, fu presa a modello. Si era entrati nella via della vittoria, quando la Germania ci arrestò nel cammino. La *Kultur* tedesca, che era stata interamente estranea alle nuove scoperte, non volle rassegnarsi alla sua umiliazione e, non potendo altro, si propose di relegarle tra quelle che si dicono di laboratorio, perchè nella pratica inapplicabili. Koch, lo scopritore del bacillo tubercolare, con grande sicumera professionale si assunse il malefico compito.

Venne la legge che rendeva obbligatoria la profilassi chininica. Ma questa legge se rese notevoli benefici mettendo a disposizione dei malarici larghe provviste di chinino, facilitandone la cura, paralizzò strumenti più sicuri di lotta attiva e feconda contro il flagello.

Fortunatamente per il Paese e per la verità, le Ferrovie italiane nè prestarono l'orecchio alla voce falsamente lusinghevole che veniva d'oltre Alpe, nè (pur rispettando la legge sulla distribuzione del chinino preventivo, inutilmente così gravosa ai bilanci), si piegarono ai tentativi di coercizione morale che venivano dall'interno.

Per vero è solo in virtù del lungo e pratico esperimento compiuto dalle Ferrovie italiane, che mai rinnegarono i principî della dottrina anofelica, che ora è dato, in piena tranquillità, di affermare che si può vivere tutto l'anno senza timore delle febbri, anche nelle terre più intensamente malariche. Ma quelle che le Ferrovie italiane di anno in anno sostennero erano campagne puramente difensive.

In Italia pur troppo non fu, come negli Stati Uniti d'America, subordinata la concessione di costruire linee ferroviarie all'obbligo di bonificare le regioni desertiche che dovevano attraversare. Ma quello che non fu fatto fin qui, può essere fatto da qui innanzi: e anche questo dovrà entrare nel programma del dopo guerra. Per intanto sono addossate alle nostre linee circa duemila cave di prestito, che servono da fomiti inesauribili di zanzare, di cui appena cinquecento fan parte del demanio ferroviario. Le Ferrovie avrebbero voluto colmare o canalizzare almeno le cave di prestito di loro proprietà, ma lo ha impedito la interpretazione ancora incerta dell'art. 3 della legge 7 luglio 1902, n. 333, che, in tanta farragine di disposizioni legislative (privilegio questo non invidiabile della gente latina) è il solo che dovrebbe provvedere alla colmatura o alla canalizzazione delle cave di prestito. Per ora si petrolizzano. Ma il vantaggio che da ciò ne deriva è circoscritto a piccolissimi tratti e anche in questi assai limitato; perchè negli stessi luoghi le *anofeli* hanno a loro disposizione, per moltiplicarsi all'infinito, altri ristagni di acqua e, tra essi, le stesse cave di prestito di proprietà privata, che non si permette alla ferrovia, nè pure a proprie spese, di petrolizzare, servendo di abbeveratoi al bestiame.

Ma a punto la difficoltà dell'ambiente, in cui periodicamente da 20 anni si svolge, accresce il valore dell'esperimento ferroviario, basato fondamentalmente sulla diretta difesa personale. E così ancor di più si conferma il quasi nessun pericolo per l'agricoltore, che, pur senza lavori preliminari di risanamento, fosse chiamato a vivere in permanenza su un terreno suscettibile di passare dall'attuale stato desertico ad uno stato di coltura intensiva e razionale.

Spezzato per tal modo una buona volta col ferro tagliente dell'aratro quel cerchio che, non solo per le leggi della logica, doveva dirsi vizioso, e che fino ad ora si era mostrato infrangibile, la lotta contro la malaria non dovrà più limitarsi ad essere una lotta di trincea, puramente difensiva, ma si trasformerà in offensiva, e riuscirà vittoriosa, affidata alle più nobili armi del lavoro: la vanga ed il vomere.

Al penoso e vano lavoro di Sisifo succederà un lavoro giocondo e liberatore, per poco che l'ingegneria sanitaria, nel cui campo da quello medico

si può ritenere ormai quasi per intero passata, si voglia occupare della questione. Non permettere alle *anofeli* di pungere l'uomo: ecco il problema che colla sua risoluzione permetterà all'uomo di distruggere le zanzare. E le difficoltà per risolverlo non sono così gravi come alcuno vorrebbe far credere. Sono le stesse che già anche per le Ferrovie si dicevano insuperabili e che sono state invece con grande facilità superate.

La malaria scomparirà allorchè con tenuissimo canone enfiteutico, che ne consenta in perpetuità il diritto di fruizione, unicamente subordinato all'obbligo del miglioramento, sia concessa la terra malarica a chi possa essere in grado di coltivarla secondo che l'arte dell'agricoltura richiede. Come ha scritto uno dei più profondi e sereni cultori di questa materia di diritto civile: «Nei vari tempi in cui la enfiteusi è comparsa, essa riepilogò dei grandi fatti politici (e quale più grande di quello che ora si sta svolgendo?) sotto l'aspetto pacifico di provvedimento e di rimedio».

Dire gli incalcolabili vantaggi sanitari ed economici che certo deriveranno all'Italia dallo scomparire della malaria è veramente impossibile; sia solo consentito di ricordare che tutti i più gravi ed angosciosi problemi del Mezzogiorno e delle nostre Isole maggiori sono per la loro soluzione strettamente connessi alla soluzione del problema malarico. E: a persuadersi di quali inesauribili beni possano essere feconde le nostre terre meridionali e insulari si leggano i brevi magnifici lavori dell'Ulpiani, in cui sembra ripalpiti tutta l'anima georgica di Virgilio.

Del tempo sventuratamente se ne è perduto anche troppo. I capitali sono già pronti ed ansiosi di riversarsi sulla terra. Lo Stato elimini gli inciampi che l'egoismo dei privati non mancherà di far sorgere.

Meravigliandosi un giorno un funzionario delle Ferrovie, ora meritamente senatore del Regno, che uno di costoro assistesse indifferente, in una piccola stazione delle Calabrie, alla partenza per l'America di una torma di suoi coloni, si sentì cinicamente rispondere che a lui fruttava più un paio di giovenche che tutta quella marmaglia.

Le sue terre erano così estese che, quando gli rendevano senza brighe anche solo il mezzo per cento, egli ne aveva sin troppo per vivere da signore a Parigi, dove a sua volta emigrava per la maggior parte dell'anno.

Sarà meglio che in seguito emigri stabilmente a Berlino o a Costantinopoli. Non è di codesti baroni, ma di agricoltori che ha bisogno l'Italia. Sono questi che non devono più emigrare. E perchè ciò sia, provveda lo Stato, senza troppi riguardi per nessuno.

L'impulso ai nuovi e ormai improrogabili provvedimenti è assieme dovere e diritto del Ministero dell'agricoltura. Questo che fu per troppo tempo il più umile tra i maggiori dicasteri dello Stato, prenda l'alto posto che, in un Paese essenzialmente agricolo come il nostro, assolutamente gli spetta. Era naturale che le prime leggi contro la malaria, rivolte alla tutela dell'uomo e di carattere prevalentemente sanitario, facessero capo al Ministero dell'interno. Sarà logico che alle opere della grande bonifica idraulica, diretta anche a provvedere quelle energie di cui l'industria italiana avrà presto bisogno, provveda il Ministero dei lavori pubblici. Ma al risanamento delle terre malariche e alla loro sollecita e feconda utilizzazione non può, non deve attendere che il Ministero di agricoltura. Il compito non potrebbe essere più bello e più seducente.

Sappia il Ministro di agricoltura approfittare del buon momento. Non si lasci distrarre dalle piccole difficoltà in questa magnifica impresa.

L'on. Miliani ancor giovanissimo seppe paralizzare possenti interessi, quando preparò per il Ministro dell'agricoltura del tempo, contro il pascolo abusivo delle capre in alta montagna, una provvida legge, alla quale il nome del Berti restò legato per atto di riconoscenza nazionale. Cerchi ora di legare il suo nome alla legge che potrà liberare l'Italia dalla malaria. Già egli conosce i termini del problema.

Applichi quello che già la acquisita dottrina suggerisce, e fin da ora istituisca campi sperimentali di profilassi antimalarica e di coltura razionale, adatta alle varie regioni d'Italia. Allontani gli irresoluti anche se sapientissimi. A rendere più facile e sicuro l'esperimento, si valga di chi possa portare alla benefica impresa il contributo di una già lunga esperienza e sovra tutto l'indomabile energia della fede.

L'on. Miliani non dimentichi che per virtù degli esperimenti ferroviari furono promulgate le prime leggi tutelatrici dei lavoratori in zone malariche. E certo le Ferrovie italiane dovrebbero sentirsi assai lusingate se al primo titolo di merito potessero aggiungerne un secondo e maggiore, coll'essere esse chiamate a creare il nuovo fatto sperimentale sul quale poi si basasse la legge definitivamente debellatrice della malaria.

Le Ferrovie, che hanno tutti i mezzi per compierla, saranno le prime a risentire i vantaggi della magnifica impresa. E quelle piccole solitarie stazioni, dove, come scrisse un gentile poeta, ora forte narratore di cose belliche: «I treni diretti — passano senza fermarsi — tra un ondeggiar di chiome — di eucalipti riarsi — e sul muro hanno il nome — d'un ignoto paese — che non si vede»; queste piccole stazioni solitarie, raccolti dintorno i primi lavoratori intenti a domare col vomere la terra ribelle, diverranno ben presto centri operosi di nuova vita civile.

R. B.

NOTIZIE DIVERSE

Il chinino di Stato.

Un comunicato ufficiale del Ministero delle Finanze rileva che il chinino dello Stato si fabbrica nella misura necessaria e sufficiente pei normali bisogni. Tenuto conto di ciò e delle maggiori quantità assorbite dalle nostre truppe specie dai contingenti dislocati in Albania e in Macedonia, è evidente che le scorte ordinarie del prezioso farmaco non potevano essere sufficienti a soddisfare le richieste notevolmente ed imprevedibilmente accresciute per il largo uso che si fa del rimedio nell'attuale infezione influenzale.

Non sarebbe possibile eliminare in breve momento la lamentata deficienza giacchè la materia prima proviene dalle Indie Olandesi e precisamente dall'Isola di Giava e gravissime difficoltà si incontrano per approvvigionarsi di sostanze originarie dei paesi d'oltre mare e specialmente di quelle che, come appunto il solfato di chinina, sono razionate fra i vari Governi alleati.

Nonostante tali difficoltà la Direzione generale dei monopoli nulla ha trascurato per essere in grado di aumentare quanto prima la produzione del chinino di Stato (*).

(*) Giova ammonire che l'uso profilattico della chinina nell'influenza non è raccomandabile, sia perchè non ne è dimostrata in alcun modo l'efficacia, sia perchè può anzi riuscire dannoso.

È bene, adunque, che i medici si astengano dal secondare e dall'incoraggiare la voga oggi invalsa di usare la chinina per difenderci dall'influenza. Essa porta ad un considerevole sciupio e diradamento del rimedio, la cui penuria per altro potrebbe costituire un serio svantaggio per la lotta contro la malaria. *N. d. Redaz.*

Contro l'eccessivo prezzo dei medicinali.

Allo scopo di ovviare ai gravi danni derivati dai prezzi eccessivamente elevati dei medicinali e di determinare la giusta misura imposta dalle eccezionali condizioni del momento, con decreto luogotenenziale è stata data facoltà ai Prefetti di fissare nelle rispettive provincie i prezzi massimi dei medicinali di maggior uso, udito il Consiglio provinciale di Sanità.

Per i contravventori sono comminate severe penalità, cioè la multa fino a lire mille e per i recidivi la reclusione fino ad un anno; le loro farmacie potranno, con decreto del Prefetto, essere chiuse temporaneamente e, in caso di recidiva, definitivamente, ove ciò non sia dannoso al buon funzionamento dell'assistenza farmaceutica locale.

Per la ricchezza idrologica d'Italia.

Il Ministro delle finanze ha costituito una Commissione presieduta dal Sottosegretario di Stato e composta degli onorevoli Maggiorino Ferraris, Rava, Sanarelli, Landucci, Belotti, del comm. Basile e Lutrario, dei professori Flora, Ruata, Vinaj, Nazari e altri, affidandole il compito di riferire «sulla consistenza e sulle condizioni del patrimonio idrologico e termale in Italia e sui provvedimenti atti a metterlo in valore ed a crescerne l'efficienza nell'interesse così della salute pubblica che della economia nazionale».

Il Ministro ha esposto e precisato i suoi propositi nell'atto costitutivo della Commissione, rilevando che la ricchezza idrologica e termale d'Italia è indubbiamente uno dei patrimonii più importanti del Paese, considerato dal duplice punto di vista della salute pubblica e dell'incremento economico nazionale.

È però giudizio diffuso che l'Italia non abbia finora saputo sfruttare un tale patrimonio.

Sarà opportuno che presso la «Direzione generale del Demanio» la materia venga fatta oggetto di nuovi e più ampi studi, anche in vista della partecipazione che l'Italia dovrà prendere ai Congressi di Monaco già indetti come una delle prime riprese di operosità civile internazionale appena sia chiusa la guerra in corso, ma è intendimento del Ministro che al lavoro preliminare e più precisamente alla determinazione di un programma organico d'azione, alla ricognizione ed all'esame dei vari problemi connessivi, alla formulazione di eventuali proposte per riforme tecniche, amministrative e legislative, intervengano il consiglio e la collaborazione dei volenterosi componenti la Commissione, disposti a recare il contributo della loro competenza o della loro esperienza nelle diverse discipline od attività pratiche meritevoli di essere tenute in considerazione per lo studio dell'argomento.

Per la nettezza delle strade.

Il Municipio di Roma ha pubblicato un manifesto che prescrive nuove norme per la nettezza delle strade.

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanitaria militare . . . *Pag.* 960
Aspirinismo cronico . . . . » 958
Atti parlamentari . . . . » 960
Atropina: antagonismo con certi emetici. » 958
Bacillo diplomorfo bipolare emosettico in malati di influenza . . . . » 954
Canfora nelle miocarditi croniche . . . » 958
Cistifellea: chirurgia . . . . . . » 956
Cuore: attitudine funzionale nel soldato *Pag.* 955
Encefalite letargica epidemica . . . . » 952
Epidemia di influenza: clinica, epidemiologia ed etiologia . . . . » 941
Neuralgie professionali . . . . . . » 957
Tubercolosi polmonare consecutiva a traumi . . . . » 959

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 13 ottobre 1918 Fasc. 41.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Galli: Un metodo per facilitare il giudizio sulla capacità dinamica del cuore. — **Note di tecnica:** G. Egidi: La tecnica delle trasfusioni di sangue. — G. Massimi: Per la tecnica delle iniezioni endovenose. — **Commenti:** R. Terzaghi: In merito all'azione del saccarosio nella cura delle uretriti. — **Sunti e Rassegne:** NEUROLOGIA: P. Marie e Ch. Foix: Le afasie di guerra. — CHIRURGIA: S. Baird, Roy L. Scott e R. Spencer: Il trapianto degli ureteri sull'intestino. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Accademia medico-chirurgica di Napoli. **Appunti di medicina pratica:** CASISTICA E TERAPIA: Diagnosi rapida della scabbia. — Un nuovo metodo di cura rapida della scabbia e della pediculosi del pube e dei vestiti. — L'uso dell'ittiolo nelle malattie nasali. — Nuovo trattamento della foruncolosi. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia:** Il problema della popolazione. — **Pubblicazioni pervenuteci.**

Nella vita professionale: Risposte a quesiti e a domande. — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Cronaca epidemiologica.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE S. MARTA IN ROMA DEL SOVRANO MILITARE ORDINE DI MALTA.

Un metodo per facilitare il giudizio sulla capacità dinamica del cuore (1)

per il prof. GIOVANNI GALLI
direttore del reparto per cardiaci.

.....Giudicare esattamente il grado di resistenza del cuore non è sempre un compito facile; le gradazioni della resistenza, rispettivamente della capacità dinamica del cuore, sono numerose e variabili, in rapporto colla costituzione generale, coll'età, colla tonicità del sistema muscolare e del sistema nervoso, con lo stato di salute generale, con l'ambiente in cui vive ognuno di noi e con la dietetica seguita, per non citare altre cause, che modificano assai il rendimento del cuore.

Sarebbe desiderabile di potere stabilire la capacità dinamica dell'apparecchio della circolazione, come si fa per un motore elettrico, o per una macchina a vapore, e cioè con numeri. Ma molti degli elementi che compongono la circolazione sanguigna non appaiono suscettibili di misura materiale; basti pensare all'elemento psichico. Solamente per alcuni si è

(1) Da una serie di conferenze di cardiopatologia, tenute ai medici militari della R. Marina e del R. Esercito in Napoli, in Taranto ed in Genova.

potuto ottenere una misurazione abbastanza precisa con cifre, per es., per la pressione, per la viscosità del sangue e per la grandezza del cuore. Abitualmente quindi, allorchè si tratta di giudicare la funzione circolatoria di un individuo, usiamo aggettivi o sostantivi di valore generico, come *normale, buono, cattivo, mediocre, discreto, sufficiente stato di compenso, sub-compenso, scompenso* e così via. Anche nella medicina militare è in uso la stessa terminologia, *vaga ed indeterminata*, come la chiama appunto l'Elenco medico militare. Tale indeterminatezza del giudizio cardiologico presenta qualche inconveniente, specialmente nell'esercito. Questo è composto di vari servizi, i quali richiedono uno sforzo cardiaco vario, da un massimo ad un minimo, per cui sarebbe desiderabile dall'una parte una classificazione di questi servizi dal punto di vista cardiologico, e dall'altra un'esatta graduazione della capacità dinamica cardiaca dei militari, per poter immettere ognuno di questi nel posto a lui adatto.

Per la prima parte l'Elenco medico militare non stabilisce che due possibilità d'assegnazione ai servizi militari, e cioè: *a*) alle fatiche di guerra; *b*) ai servizi sedentari. È ovvio però come queste due semplici categorie sono troppo ampie, perchè ciascuna comprende servizi di impegno cardiaco ben diverso. Vi sono fatiche di guerra enormi, e relativamente piccole; cito, per es., le fatiche di guerra dei drappelli di assalto e degli automobilisti; lo stesso vale per i servizi sedentari, per cui appare evidente la necessità di stabilire un numero maggiore di classi nei servizi militari.

Per la seconda parte io cerco con questo lavoro di far uscire il giudizio cardiologico dalla indeterminatezza attuale, fornendogli basi più ampie, più sicure e più razionali. Io ho diviso lo studio dell'apparecchio cardio-vascolare funzionante, come risulta dallo schema più sotto esposto, in 10 elementi, scelti così da tenere in equa considerazione sia la parte anatomica che la parte funzionale, poichè se è eccessivo il concetto antico di dare unica importanza al fattore anatomico, non è meno errato il criterio di trascurare lo stato anatomico dell'apparecchio della circolazione per annettere unico valore al criterio funzionale, come attualmente si va facendo. Questi elementi vengono studiati singolarmente e valutati con una cifra da 10 a 1, secondo che l'esame dà un risultato ottimo o appena compatibile colla vita. Facendo la media di questi singoli giudizi si può arrivare ad un giudizio terminale, riassuntivo, che stabilisce la capacità dinamica cardiaca dell'individuo studiato ad un'altezza variante da un massimo rendimento, cioè di 10, ad un minimo, cioè di 1, come nello scompenso agonico.

Io ho cercato di risolvere il difficile problema, procedendo col metodo adottato dall'insegnante, chiamato a giudicare del valore intellettuale d'uno studente; lo scibile è diviso in diverse branche, le quali vengono dall'esaminante giudicate una per una, per giungere poi ad un giudizio riassuntivo sulla capacità cerebrale e sulla cultura dello studente.

Il metodo di esame cardiologico proposto, oltre che rendere più sicuro e preciso il giudizio definitivo sulla capacità dinamica cardiaca, presenta il vantaggio pratico, che con un colpo d'occhio noi conosciamo, osservando lo schema, dove sta il punto debole dell'apparecchio circolatorio, il che ha un valore prognostico e curativo non trascurabile.

Ecco intanto lo schema:

1. *Ambiente* . . . . . .
   - età
   - mestiere
   - condizioni economiche
   - » igieniche
   - alcool
   - tabacco

2. *Malattie pregresse*. .
   - reumatismo
   - lues (cure fatte)
   - altre malattie

3. *Costituzione generale*
   - ereditarietà
   - scheletro
   - statura
   - perimetro toracico
   - peso del corpo
   - sistema linfatico
   - tessuto adiposo

4. *Funzione muscolare*
   - volume e tono dei muscoli
   - callosità alle mani
   - dinamometro

5. *Grandezza e forma del cuore*

6. *Lesioni cardio-vascolari*
   - pericardio
   - miocardio
   - endocardio
   - valvole del cuore
   - aorta
   - vasi

7. *Funzione circolatoria*
   - frequenza del polso
     - posizione orizzontale
     - posizione verticale
     - dopo una prova muscolare
     - posizione orizzontale
   - fatti vaso-motori
   - vis a tergo
   - edema
   - pressione sanguigna
   - frequenza del polso durante il sonno
   - aritmie
   - parestesie

8. *Funzione respiratoria*
- atti respiratorî
  - nel sonno
  - nel riposo
  - dopo una prova muscolare
- pneumatometro
- prova dell'apnea

9. *Reperto generale*
- stato dei visceri
- sistema nervoso
- sangue
- urina

10. *Psiche*
- carattere
- volontà
- resistenza alle emozioni
- sonno

Come si vede, lo schema è composto di dieci elementi fondamentali, i quali vengono valutati diversamente secondo la risultanza dei fattori, che costituiscono a lor volta questi singoli elementi.

Il primo elemento riguarda *l'ambiente*, che sta in relazione con l'età, col mestiere dell'individuo esaminato, con le sue condizioni economiche ed igieniche, e con gli eventuali abusi di alcool e di tabacco. A condizioni pari di lesione cardiaca, è ovvio come, per es., una diversa età e un diverso mestiere, l'abuso dell'alcool, le cattive condizioni igieniche possono rendere il giudizio definitivo più riservato.

Il secondo elemento riguarda le *malattie pregresse*, e fra queste hanno speciale importanza il reumatismo e la *lues*, che sono causa così frequente di vaso- e cardiopatie.

Il terzo elemento riguarda la *costituzione generale*, da non dimenticarsi mai nell'esame cardiologico. Questo elemento è la risultante di diversi fattori, fra cui eccelle l'ereditarietà, portando noi dalla nascita un tipo speciale di organismo e di apparecchio circolatorio più o meno resistenti. Altri fattori sono la statura, il perimetro toracico, il peso del corpo, le cui proporzioni sono indice importante, come è noto, della resistenza generale di un individuo.

Il quarto elemento è dato dalla *funzione muscolare*. Noi conosciamo il rapporto che esiste fra sistema muscolare e dinamismo cardiaco, per cui è notevole l'importanza anche di questo quarto elemento. Col dinamometro si stabilirà un criterio approssimativo in cifre della capacità muscolare; può essere poi opportuno nei militari notare le eventuali callosità alle mani.

Il quinto elemento, della *grandezza e forma del cuore*, si constata con i noti mezzi di semiotica e possibilmente con l'ortodiagrafia. Esso dà un'idea di quanto è avvenuto nella massa del cuore, il cui volume può essere minore della norma (come nel così detto cuore a goccia), o aumentato *in toto*, o nelle singole sue parti. Quanto più la grandezza e la forma del cuore deviano dalla norma, tanto più riservato sarà il giudizio sulla capacità dinamica cardiaca.

Nel sesto elemento sono comprese le *lesioni anatomiche cardio-vascolari*, le quali si rilevano coll'indagine semiotica e modificano il giudizio secondo la loro entità e natura.

Il settimo elemento riguarda la *funzione circolatoria*, che è la risultante di vari fattori, in parte definibili con cifre, per es., la frequenza del polso e la pressione sanguigna. Per la frequenza del polso si deve notare come questa va presa per quarti di minuto, e per alcuni minuti di seguito, inoltre stando l'individuo da prima in posizione orizzontale, poi in posizione verticale, poi dopo avere assoggettato l'individuo ad una fatica muscolare, ed infine ancora in posizione orizzontale. La conta del polso a questo modo ci dà un'idea precisa, come si svolge il ritmo circolatorio nelle varie attività del cuore. Importante è ugualmente a questo proposito, specialmente nelle nevrosi cardiache, studiare la frequenza del polso anche durante il sonno.

Sono noti i rapporti intimi fra polmone e cuore, la facile dispnea negli stati di sub-compenso e di scompenso cardiaco, per cui anche l'elemento ottavo, che riguarda la *funzione respiratoria*, ha la sua importanza nel giudizio definitivo cardiologico. Come controllo abbastanza esatto della funzione respiratoria vengono nello schema elencate due prove: quella dell'apnea, che consiste nello stabilire per quanti secondi l'individuo può restare in apnea completa, ritenendo come norma la durata di circa 30", nei soggetti di giovane età. Colla seconda prova, o dello pneumatometro, si osserva per quanti secondi, ed a quale altezza, può una colonna di mercurio essere spinta dalla pressione espiratoria.

Il nono elemento prende in considerazione lo stato dei visceri, escluso il cuore, esaminato negli elementi precedenti; inoltre lo stato del sistema nervoso, le eventuali modificazioni del sangue e dell'urina.

Infine, come ultimo elemento, viene elencato lo studio della *psiche*, la quale nei suoi diversi componenti ha un'importanza tutt'altro che trascurabile, per la capacità dinamica del cuore.

Come si vede dall'elenco di tutti questi elementi, il *giudizio cardiologico abbraccia tutto l'organismo;* la specializzazione nello studio di un organo non esclude lo studio degli altri organi, anzi il vero specialista non può, nè

deve fare a meno dell'esame di tutto l'organismo e della stessa psiche.

Qualche dubbio può suscitare nell'animo dei colleghi militari il soprastante schema. A prima vista sembra difficile e richiedente un lungo tempo l'esame di un individuo secondo lo schema proposto; questo sarebbe quindi da scartare, perchè mancante di praticità. Fosse però anche vera l'obbiezione, non dobbiamo dimenticare che il far presto non è sempre sinonimo di far bene, e che il far presto, a conti fatti, si risolve spesso nell'impiego di maggior tempo.

Lo schema proposto invece facilita, rende più breve l'esame cardiologico, perchè il lavoro è uniformato e sistematizzato; al posto di lunghe storie, scritte con criteri diversi e spesso lacunari, noi abbiamo sotto gli occhi, per mezzo dello schema, chiara e giudicata la situazione cardiaca di un individuo, sia dal punto anatomico che funzionale.

Un'altra obbiezione può essere quella che il giudizio dei singoli elementi sta alla mercè del criterio subiettivo di ogni medico. Ma ciò vale per tutta la medicina; il metodo proposto tende appunto a correggere questo lato debole, scindendo in numerosi, singoli giudizi il giudizio terminale, per cui è possibile che, per es., il concetto restrittivo nel giudicare un elemento venga corretto dal concetto più lato nel giudicare un altro elemento, avvicinandoci così maggiormente alla verità. D'altra parte, è chiaro come sia meno facile l'errore quando si giudicano le singole parti, una per una, di un sistema, che tutto il sistema in una volta sola.

I servizi dell'esercito si sono man mano specializzati; basti pensare al corpo degli aviatori, al personale dei sottomarini, ai drappelli scelti di resistenza sulle Alpi, ai reparti per l'assalto, ai gruppi avanzati di vedetta, e così via, per arrivare alla conclusione che anche la medicina deve intensificare e perfezionare i suoi metodi di ricerche, per scegliere e collocare gl'individui adatti al posto adatto. Inoltre non bisogna dimenticare che gruppi intieri di malattie potrebbero così venire evitati, per es., le perfrigerazioni di origine vasale, quando il sistema della circolazione sanguigna venisse preventivamente ed attentamente esaminato.

Nella relazione dell'ufficio psico-fisiologico per l'aviazione in Napoli io leggevo queste giustissime parole, opportune per la mia tesi: «*L'esperienza ha dimostrato che, quanto più è accurato l'esame preventivo, tanto minori poi sono i disastri nei campi di aviazione ed il rinvio per incapacità di persone già per varii mesi istruite*».

Queste parole gettano luce anche sugli inconvenienti notati e possibili in altri servizi, con individui non a questi bene appropriati.

Un generale medico, buon conoscitore della psiche militare, ha scritto che bastano pochi individui inetti e inadatti per gettare lo scompiglio e la depressione in reparti interi di truppa.

Anche da questo punto di vista il medico è un grande coefficiente di vittoria, per cui parafrasando una frase celebre, si può affermare che vince quell'esercito il quale ha i medici migliori.

Se infine noi teniamo presente il consumo di energia, la perdita di tempo in visite affrettate e superficiali, se noi consideriamo il numero di visite, di rivisite e controvisite, le lunghe degenze negli ospedali di militari assegnati a servizi inadatti, non potremo giudicare senz'altro non pratico ed inutile che il problema venga affrontato in maniera radicale, *assoggettando gli inscritti, nell'esercito e nella marina, ad una visita metodica e sulla guida di uno schema che renda i giudizi completi e confrontabili fra loro*.

Per conseguire qualunque risultato nel tempo più rapido possibile e con minor dispendio di energia, non vale tanto la quantità dei mezzi adoperati, quanto la loro qualità, e che questi mezzi siano adatti e corrispondenti allo scopo. Una grande massa può essere vinta, anzi di solito viene vinta da una massa minore, meglio proporzionata e più scelta. La storia ce ne offre numerosi esempi!

Con lo schema proposto noi abbiamo davanti agli occhi in maniera chiara e semplice i pregi e i difetti organici di un individuo, espressi in maniera la più esatta possibile, cioè sotto forma di cifre. Col numero 10 noi sappiamo che un soldato può dare il massimo rendimento e può quindi venire adibito ai servizi di massimo sforzo e di massima responsabilità. Scendendo agli altri numeri, s'intende che la capacità dinamica ed il rendimento di un individuo sono minori, ed infine le ultime gradazioni di 4, 3, 2, 1, indicano persone con una capacità lavorativa deficiente, o appena compatibile con la vita.

I rendimenti da 5 a 10 sono utilizzabili per il servizio militare, per cui con lo schema proposto *il medico presenta al comandante 6 categorie d'individui, graduati, secondo la loro capacità fisica e psichica*. Come completamento pratico dello schema, si renderebbe necessario che tutti i servizi militari venissero classificati in sei categorie, da una massima richiesta di

lavoro fisico e psichico ad una minima, per potervi opportunamente collocare i militari scelti con i criteri medici dello stesso schema.

Lo schema proposto segna quindi un progresso non disprezzabile sui metodi attuali. Non basta, infatti, affermare che un individuo è affetto da un vizio valvolare, per esempio da una insufficienza aortica. Con ciò si è detto troppo poco. È necessario stabilire il grado di questa insufficienza, la sua etiologia, gli effetti che ha determinato sulla massa miocardica, il modo con cui funziona il circolo sanguigno; inoltre, è importantissimo tenere presente l'età dell'individuo, la sua resistenza costituzionale, l'ambiente, le sue abitudini, ed infine importa anche avere un'idea della sua psiche. Lo stesso si dica per le forme neurotiche dell'apparecchio cardio-vascolare.

Senza questi dati non sono possibili nè una diagnosi completa e soddisfacente, nè un prognostico esatto ed un trattamento efficace, nè, militarmente parlando, l'assegnazione appropriata e rapida, senza perditempo e col minimo di inconvenienti, del militare al posto adeguato.

NOTE DI TECNICA.

II AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA diretta dal ten. colonn. prof. R. ALESSANDRI.

La tecnica delle trasfusioni di sangue.

Capitano medico GUIDO EGIDI.

Se versiamo il sangue ottenuto con un salasso nel tubo di gomma attraverso il quale avviene una fleboclisi, questa diventa anche una trasfusione di sangue.

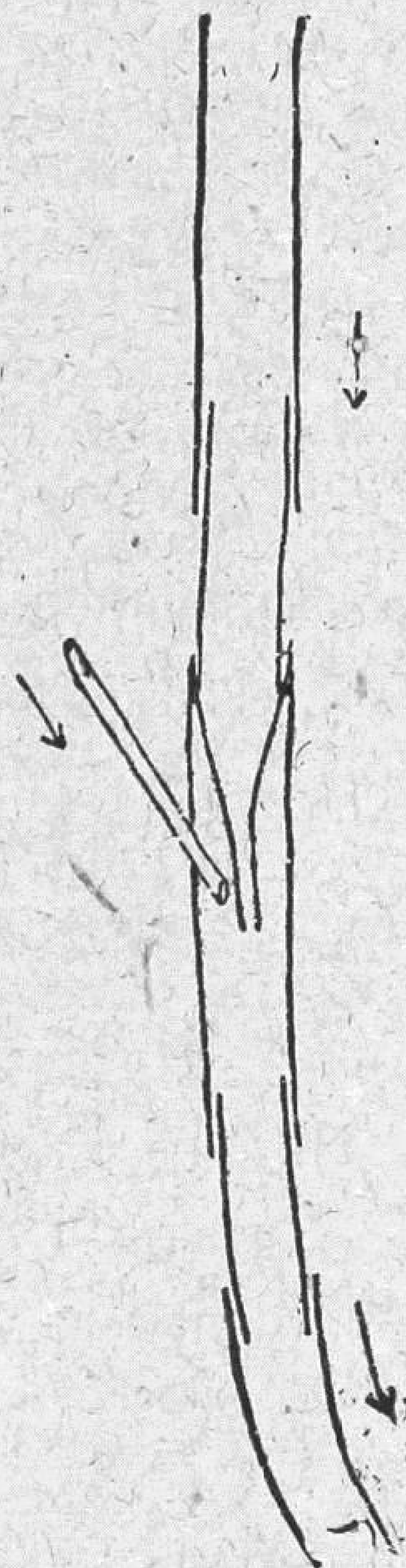
Per ottener ciò basta un ago-cannula appuntito ai due estremi, preparato togliendo il padiglione a un ago da puntura lombare e arrotondando l'estremo non tagliente. Basta che l'ago sia lungo 4-5 cm.; da un ordinario ago per puntura lombare si possono perciò ottenere 2 aghi da trasfusione.

Iniziata la fleboclisi, un estremo dell'ago si infigge nel tubo di gomma, poi l'altro estremo si infigge nella vena del donatore. Allora il sangue di questi giungerà nelle vene del ricevente insieme col liquido della fleboclisi.

Se questo è una soluzione contenente citrato sodico, il sangue non può coagulare. È prudente che il liquido contenga del citrato sodico, ma, operando nel modo anzidetto, non è assolutamente necessario. Il sangue diluito e in movimento coagula difficilmente.

Per sicurezza, un tubetto di vetro a pipetta si intercala nel tubo che viene dal recipiente della fleboclisi e lo si dispone con l'estremo sottile volto verso il ricevente. L'ago che attingerà dal donatore si infigge subito sotto.

La pipetta determina un vortice che rimescola il sangue; il grado della mescolanza avvenuta si può osservare intercalando nel tubo che va al ricevente un altro tubetto di vetro.



Il ricevente deve esser situato 40-50 cm. più in basso del donatore. Questo dislivello determina un'azione aspirante. Ad essa si aggiungono quella della corrente liquida (modificabile elevando o abbassando il recipiente della fleboclisi) e la favorevole condizione determinata dalla presenza del tubo di vetro a pipetta.

Se si considera infatti la sua situazione rispetto a quella dell'ago che attinge il sangue dal donatore, si trova che il dispositivo è identico a quello delle pompe aspiranti idrauliche.

Se la diluizione del sangue, controllata dal colore visibile attraverso il secondo tubetto, apparirà troppa o troppo poca, non abbiamo da far altro che comprimere un po' più o un po' meno il tubo che viene dal recipiente della fleboclisi.

In questo modo la trasfusione di sangue è spedita come una fleboclisi comune. V'è un inconveniente però; ed è che la quantità di sangue trasfusa non può essere misurata. A me non pare che questo sia un inconveniente di

pratica importanza; ma se si volesse misurare la quantità di sangue da trasfondere, basterebbe raccogliere in un secondo recipiente il miscuglio, misurarlo e poi iniettarne nelle vene la quantità voluta.

In questo modo i vantaggi si limiterebbero alla semplicità e alla efficienza del salasso in buone condizioni di asepsi.

Se i medici che hanno frequentemente occasione di far salassi terapeutici ci assicurassero che il sangue così prelevato, per i soli effetti della diluizione e del movimento, non coagula, noi potremmo di regola, nel fare le trasfusioni, rinunciare anche al citrato sodico.

Per la tecnica delle iniezioni endovenose.

La tecnica delle iniezioni endovenose nei suoi tempi principali può così riassumersi:

1° Messo il malato in posizione orizzontale, si fanno rigonfiare le vene alla piega del gomito (di solito prescelte per le iniezioni endovenose) passando un laccio elastico alla metà del braccio. Il laccio va stretto in modo da non ostacolare il flusso arterioso, ma solo il ritorno venoso.

2° Scelta una delle vene più grosse, la si perfora attraverso la pelle con un comune ago da iniezione n. 12 e si accerta la franca fuoruscita del sangue. Può essere utile forare prima solo la pelle e dopo entrare nella vena.

3° Tolta la pinza di allacciatura che stringe il laccio elastico, mentre la vena va sgonfiandosi, si innesta all'ago un tubo di raccordo che fa capo alla siringa e si immette nella vena il liquido che si vuole iniettare.

Nella maggior parte dei casi, e specialmente quando le vene sono in evidenza, con le dovute precauzioni si è sicuri della riuscita, ma in soggetti o giovani od obesi, o ipotesi con vene poco appariscenti, può accadere che per accidentalità il liquido invece d'imboccare nella vena s'infiltri nel tessuto circostante facendo bozza sotto la pelle, obbligandoci così a tentare la prova sull'altro braccio. Ciò può accadere o perchè la vena è stata trasfossa, o perchè il liquido rifluisce dal foro fatto nella vena, o perchè l'ago si è spostato, o per altre cause che sfuggono.

Per le iniezioni endovenose di arsenobenzolo vi è però assoluta necessità che il liquido sia tutto immesso nella vena, perchè se s'infiltra nei tessuti circostanti, anche in piccola quantità, dà luogo a dolori vivissimi e a disturbi funzionali del braccio per più giorni. I vari suggerimenti proposti contro tale increscioso incidente, se valgono a diminuire il numero degli insuccessi, non danno completo affidamento. Mette perciò conto riportare un espediente che dà sicuri risultati.

Dovendo fare un'iniezione endovenosa di neoarsenobenzolo, si prepara il braccio secondo le regole abituali e si punge la vena. Avuta la franca fuoruscita del sangue si unisce all'ago un tubo di raccordo innestato ad una siringa contenente siero fisiologico. Fatta la prova che la soluzione passa bene nella vena, e cioè non fa alcuna bozza sotto la pelle, si sostistuisce (alla parte periferica del tubo di raccordo) la siringa contenente siero fisiologico con l'altra contenente la soluzione di arsenobenzolo. Se invece il liquido non entra nella vena, ma fa bozza nella pelle, si tenta l'iniezione all'altro braccio.

Fare la prova della regolare immissione del liquido nella vena con la soluzione di arsenobenzolo, smettendo come ci accorgiamo del formarsi della bozza sotto pelle, non è pratico; perchè bastano poche gocce della soluzione per dare tali dolori da decidere il malato a non rischiare un'altra puntura, mentre il fastidio prodotto dall'infiltrazione di siero fisiologico nei tessuti è quasi nullo.

Si comprende che per la sostituzione della siringa è necessario stringere il tubo di raccordo e con una pinza d'allacciatura nella sua parte più periferica, mentre l'assistente fa il cambio delle siringhe. La coadiuvazione dell'assistente è un onere, ma piccolo in confronto ai fastidi che procura tanto al cliente che al medico la fuoruscita della soluzione di arsenobenzolo fra i tessuti della piega del gomito. È superfluo ricordare che ago, tubo di raccordo e siringhe debbono avere funzionalità perfetta.

Roma, luglio 1918.

Dott. G. MASSIMI.

COMMENTI.

In merito all'azione del saccarosio nella cura delle uretriti.

Il dott. Raffaele Saladini ha pubblicato nel volume XXV dell'Archivio di Farmacologia Sperimentale una breve memoria su: *L'azione del saccarosio nelle uretriti.*

Egli riferisce le storie cliniche di sette casi di blenorragia uretrale, da lui sottoposti all'azione del saccarosio, e sono indotto a ritenere, per l'intestazione fatta al lavoro, sebbene l'A. non lo affermi in modo esplicito, che si tratti di sette ammalati ricoverati nel reparto da me diretto, nell'ospedale militare Umberto I, e da me messi a disposizione del collega, per le sue esperienze. Le conclusioni a cui è venuto il Saladini nel suo lavoro sono sostanzialmente diverse da quelle da me constatate e fatte constatare, e sento perciò il dovere di porre in chiaro alcuni fatti, a riguardo.

Ciò potrebbe essere anche superfluo, poichè a modificare quasi del tutto le conclusioni suddette può bastare la dichiarazione dell'A. fatta a pagina 12:

« In nessun caso ho notato la scomparsa del gonococco, sia nell'essudato, sia nel sedimento — e da questo risultato si dovrebbe presumere che il saccarosio non abbia azione gonococcicida — ».

Non ho nulla da obbiettare a questa affermazione e su questo punto sono d'accordo con l'A.

La diversità di apprezzamento tra quanto io ebbi ad osservare nei malati degenti nel mio reparto, sottoposti dal Saladini alla cura del saccarosio, e le conclusioni a cui è venuto l'A. sono le seguenti:

Egli afferma, a pagina 10 dell'estratto, che: « durante la cura in nessun malato si sono mai verificati fenomeni reattivi locali o generali, sia soggettivi, sia obbiettivi. Le iniezioni sono sempre state tollerate benissimo. Non furono mai somministrati balsamici per bocca ».

Io ho constatato che, se non vi furono fenomeni reattivi locali per effetto del medicamento, già il terzo o il quarto giorno cominciò, in tutti i casi, un aumento intenso di essudato; all'esame microscopico si trovò sviluppo enorme di gonococchi, e cominciando in parecchi malati, sintomi di diffusione profonda del processo blenorragico, feci sospendere ogni ulteriore proseguimento di tale cura.

Non posso quindi condividere l'opinione dell'A. che, dopo avere ammessa la mancata azione gonococcicida, insiste nel consigliare l'uso del saccarosio nelle uretriti, per la sua azione vasocostrittrice e germicida! Come si può accettare la proposta fatta dal Saladini, di poter « eseguire sul malato le iniezioni di saccarosio anche nella fase iniziale del processo blenorragico, quando questo è accompagnato da fatti infiammatorî più o meno violenti, e cioè nella prima settimana della malattia, senza che si abbia a notare nessuna accentuazione di detti fatti ».

L'A. afferma che il saccarosio, per l'azione vasocostrittrice, può spiegare azione favorevole contro ulteriori processi infiammatorî, o limitare la formazione dei restringimenti cicatriziali postumi.

Tralascio di esaminare la prima di queste due affermazioni, che a prima vista non appare molto esatta, essendo risultato che il saccarosio non ha potere specifico sul gonococco, nè antisettico per l'uretra ammalata: mi limito a rilevare che la formazione dei restringimenti avviene o per la lunghissima durata della infezione nell'uretra profonda, o per trattamenti terapeutici violenti e intempestivi che oggigiorno sono banditi da chi abbia conoscenza della patogenesi della blenorragia uretrale e della cura razionale di essa.

L'A. si riserva di studiare *in vitro* l'azione del saccarosio sull'attività biologica del gonococco. Essendo infinitamente diverse le condizioni di vita del gonococco nei terreni di coltura, da quelle che presenta nei tessuti del corpo umano, dove l'esperimento di cura fatto col saccarosio ha dato un risultato neppure in parte favorevole, non credo presumere troppo nel ritenere che i risultati sperimentali poco potranno influire su quelli che si sono avuti con la prova clinica.

Prof. R. TERZAGHI.

Il fascicolo n. 10 (1° ottobre 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

I. Prof. P. PONTANO: *La cura medica dell'ascesso epatico dissenterico.*

II. Prof. A. BORGHERINI: *Forme cliniche di malaria.*

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Le afasie di guerra.

(P. MARIE e CH. FOIX. *Revue neurologique*, 1917, n. 2-3).

I disturbi del linguaggio di origine traumatica si verificano nel corso della guerra attuale con una notevole frequenza che corrisponde alla gran quantità di ferite del cranio. Queste ferite, più raramente mortali di quel che si sarebbe potuto presumere, determinano nella maggioranza dei casi focolai di contusione cerebrale, sia per l'azione diretta del proiettile sulla sostanza cerebrale, sia per mezzo delle schegge ossee. Questi focolai alla loro volta provocano delle sindromi per *deficit* spesso notevolmente limitate e nette, e tra queste i disturbi del linguaggio occupano un posto importante.

In linea generale questi disturbi consistono in sindromi afasiche ed anartriche dovute a ferite del cervello sinistro, ma bisogna pur tener conto che:

1° Ogni ferita del cranio può provocare disturbi della parola in rapporto ai fenomeni di stupore che si hanno di regola nei giorni seguenti al trauma;

2° Che in alcuni feriti al cranio si possono verificare disturbi del linguaggio che nulla hanno a che fare con l'afasia e l'anartria propriamente dette;

3° Che spesso si hanno nei feriti stessi quasi sempre allo stato di associazione fenomeni che sembrano di natura funzionale;

4° Che in alcuni individui feriti al cervello destro, benchè eccezionalmente, si possono osservare disturbi della parola sempre molto leggeri, ma che ricordano in qualche modo quelli dipendenti da lesioni del cervello sinistro.

Per tutte queste considerazioni lo studio dei disturbi del linguaggio va distinto in tre parti, che hanno un'importanza molto ineguale:

1° Sindromi afasiche ed anartriche consecutive a ferite del cervello sinistro;

2° Altri disturbi della parola osservati nei cranio-traumatizzati;

3° Disturbi della parola di origine traumatica, ma senza ferita da proiettile.

***

I disturbi del linguaggio dipendenti da ferite del cervello sinistro, qualunque possa essere il tipo che successivamente essi assumano, hanno un inizio pressochè costantemente uguale e solo col tempo si purificano per prendere una caratteristica propria.

Si possono perciò distinguere nell'evoluzione di questi disturbi due periodi:

1° Un periodo di inizio costituito da un complesso sintomatico comune alle diverse varietà d'afasia da proiettile di guerra;

2° Un periodo di stato nel quale queste varietà si presentano con la loro individualità propria e possono quindi essere separate nosograficamente le une dalle altre.

Il periodo d'inizio, la cui durata dipende dalla intensità e dalla profondità della lesione, presenta un insieme sintomatico che può essere variabile per ciò che concerne i sintomi associati, ma che è relativamente costante per i disturbi del linguaggio. Si tratta in ogni caso di disturbi della parola propriamente detti, di sintomi della commozione cerebrale generalizzata, e di sintomi della lesione cerebrale localizzata.

I disturbi della parola che si manifestano non appena il paziente è uscito dallo stato di coma post-traumatico sono quelli di un'afasia globale con anartria quasi assoluta (incapacità di trovare le parole e di pronunziarle, o difficoltà di pronunziar le parole, tendenza a pronunziarle deformate, impossibilità di leggere e di scrivere, incapacità o difficoltà a comprendere il senso delle parole). Ma già in questo periodo si nota tra ferito e ferito qualche differenza che più tardi poi si accentua per assumere il carattere di una speciale forma di afasia. In alcuni la comprensione della parola è più profondamente compromessa: i pazienti sono incapaci di eseguire gli ordini più semplici, mentre possono in qualche modo ripetere esattamente qualche parola che loro si dice; inoltre la comprensione è relativamente conservata, mentre esiste incapacità di dire qualsiasi parola, o quanto meno c'è tendenza a pronunziarle deformate e con grandi sforzi. I primi si avviano all'*afasia propriamente detta*, i secondi all'*anartria*. Accanto a questi due tipi ve n'ha ancora un terzo che comprende i feriti sempre emiplegici, mentre nelle altre due varietà l'emiplegia manca di solito.

In questi feriti è compromessa insieme la comprensione e l'articolazione della parola, essi si avviano all'*afasia globale*.

I sintomi della commozione cerebrale generalizzata, che nel periodo di inizio si associano e coprono anche i disturbi del linguaggio, sono lo stupore, l'obnubilazione, l'amnesia, la confusione mentale o stato delirante, fenomeni molto variabili in rapporto alla estensione, alla intensità ed alla profondità del trauma, nonchè

alle reazioni infiammatorie ed alle eventuali infezioni. La localizzazione della lesione non ha forse grande importanza nel determinismo degli accidenti precoci, ma è certo che la persistenza di questi accidenti dipende in gran parte dalla localizzazione, in quanto che sembra che le lesioni profonde della regione frontale e sopra tutto quelle delle regioni parieto-temporale determinano disturbi intellettuali profondi e durevoli. Lo stupore, l'obnubilazione, l'amnesia in questi casi rendono difficile l'accertamento del disturbo del linguaggio, la cui reale portata non si potrà rilevare che in secondo tempo, quando i fatti commotivi siano svaniti o attenuati.

I sintomi dipendenti da lesione cerebrale localizzata costituiscono un elemento molto variabile per natura e durata. Tra i più importanti sono l'emiplegia, l'emianestesia, le monoplegie motrici o sensitive, l'emianopsia completa o parziale, l'apraxia. Questi sintomi sono per lo più persistenti, ma possono anche essere transitorii e dipendono allora in gran parte dallo *shock* iniziale.

Con l'andar del tempo, in capo a qualche giorno o anche a parecchie settimane, nella grande maggioranza dei casi, all'afasia globale totale dell'inizio si sostituiscono le sindromi parziali che caratterizzano il periodo di stato. Alcuni feriti presentano allora sopra tutto disturbi dell'articolazione della parola, altri presentano disturbi che riguardano l'insieme della funzione del linguaggio pur essendo più o meno rispettata l'articolazione, altri infine presentano compromessa insieme la comprensione e l'articolazione della parola. Si hanno così le sindromi *anartriche*, *afasiche propriamente dette* e le *afasiche globali*.

***

La zona, la cui lesione determina le sindromi anartriche, corrisponde superficialmente al terzo inferiore della circonvoluzione frontale ascendente ed invade leggermente l'estremità posteriore della seconda e della terza circonvoluzione frontale; più profondamente ricopre l'insula ed il nucleo lenticolare. È impossibile dire se abbiano una maggiore importanza le lesioni superficiali o quelle profonde. È certo però che le sindromi anartriche sono tanto più marcate quanto più posteriore è la lesione.

Al riguardo bisogna notare che si distinguono parecchi tipi speciali di sindromi anartriche:

a) Guarigione completa o sensibilmente completa corrispondente alle lesioni più anteriori. In questi casi il paziente trova ancora qualche impaccio a cercare ed a pronunziare le parole. Ma qui si tratta di un fenomeno frequente nelle lesioni frontali da proiettile di guerra anche quando non è colpita la zona del linguaggio, ed anche quando la lesione trovasi nel cervello destro.

b) Relitti disartrici marcati accompagnati talvolta da sintomi afasici molto leggeri corrispondenti alle lesioni più posteriori.

c) Parola lenta e scandita con disturbi della ideazione corrispondente alle lesioni più alte e precisamente verso la parte posteriore della seconda frontale.

Le due ultime sindromi possono essere accompagnate da emiplegia o da monoplegia brachiale, che lasciano tracce più o meno persistenti, e da disturbi motori della faccia, la cui ricerca è molto delicata, perchè specie all'inizio in alcuni soggetti si ha un leggero spasmo dei muscoli paretici che dissimula l'asimmetria ristabilendo l'equilibrio.

***

I disturbi della parola costituenti l'afasia propriamente detta sono caratterizzati innanzi tutto dalla estrema riduzione del patrimonio dei vocaboli. Il paziente non può pronunziare che poche parole; le più frequenti sono: *sì* e *no*. La lettura, la scrittura, la denominazione degli oggetti è impossibile. Mentre nell'anartrico con l'andare del tempo il vocabolario ritorna rapidamente e la pronuncia resta difficile, nell'afasico invece la prinuncia è relativamente facile ed il vocabolario non ritorna. Il disturbo più caratteristico in ogni caso è la difficoltà di trovare le parole, la impossibilità di denominare gli oggetti. Nello stesso tempo che la sintomatologia si precisa e l'afasia propriamente detta si separa dall'anartria, si determina anche una differenziazione di diverse forme di afasia, e ciò in rapporto sempre alla localizzazione della lesione.

La zona, la cui lesione provoca l'afasia, è approssimativamente limitata così: in alto dal solco interparietale; in avanti, al disopra della scissura di Silvio, dalle circonvoluzioni rolandiche, e al disotto della scissura di Silvio, dal terzo posteriore del lobo temporale; indietro dal cuneo; in basso dal bordo inferiore del cervello.

In tutta questa zona le lesioni delle diverse parti non sono affatto equivalenti nella produzione dei disturbi afasici e bisogna distinguere, per questo gruppo di sintomi dipendenti da lesione della faccia esterna del cervello, i quattro tipi seguenti: sindrome della regione temporale, sindrome della regione del *gyrus supramarginalis*, sindrome della regione della plica curva, piccole sindromi afasiche da le-

sione marginale o superficiale della zona del linguaggio.

La *sindrome della regione temporale* è la più pura: l'anartria manca o quasi; l'afasia riguarda sopra tutto la denominazione degli oggetti (perdita del vocabolario); la comprensione delle parole, la lettura, la scrittura, il calcolo sono egualmente compromessi; l'intelligenza è diminuita, l'emiplegia assente, l'emianopsia di solito a quadranti molto frequente.

La *sindrome del gyrus supramarginalis* è costituita da un'afasia globale nella quale l'afasia e l'anartria sono associate. Tutti gli elementi della parola sono press'a poco colpiti proporzionalmente. Si ha di regola monoplegia brachiale, per lo più leggera; si ha sempre emianestesia, qualche volta limitata all'arto superiore; in qualche caso si ha apraxia bilaterale con prevalenza a destra; non si ha emianopsia.

La *sindrome della regione della plica curva* si verifica nelle lesioni della regione della plica curva e della parte posteriore delle due prime temporali. È caratterizzata dalla grande prevalenza dell'alessia che è quasi assoluta; la scrittura invece è relativamente quasi integra; la comprensione della parola, il calcolo, la denominazione degli oggetti sono più colpiti; l'anartria manca quasi del tutto; non v'è emiplegia, nè emianestesia; l'emianopsia completa o a quadranti è costante.

Le *piccole sindromi afasiche per lesioni marginali o superficiali* consistono in sindromi molto leggere e che si possono rilevare solo con un esame molto minuzioso. I pazienti sembrano guariti dei disturbi grossolani, ma l'esame poi mette in evidenza alterazioni della ideazione e del ragionamento dipendenti in buona parte dalla funzione del linguaggio.

Oltre a queste quattro sindromi vi ha quella dell'afasia globale (afasia + anartria) in relazione a lesioni profonde della regione anartrica e della regione afasica propriamente dette.

***

Accanto ai disturbi della favella dipendenti dalla lesione dei centri propri del linguaggio, come sono sopra indicati, si possono avere disturbi della parola in rapporto a ferite della regione frontale anteriore, disturbi associati non afasici nevropatici o non nevropatici, disturbi della parola in rapporto a ferite del cervello destro.

a) È noto che le ferite del lobo prefrontale sono ben tollerate, e per avere dei disturbi netti occorrono vaste distruzioni cerebrali. Pure in molti casi si possono constatare disturbi dell'equilibrio, dell'emotività e alterazioni del linguaggio consistenti nella temporanea mancanza delle parole o nella difficoltà di pronunziare alcune parole nel corso della conversazione.

b) I disturbi associati non afasici del linguaggio sono il mutismo, l'afonia, la voce esplosiva, la balbuzie. Si tratta di fatti funzionali ma associati ad una effettiva difficoltà della parola, di cui aumentano considerevolmente l'alterazione.

c) In qualche soggetto ferito al cervello destro e propriamente nella regione simmetrica della zona posteriore del linguaggio sono stati osservati disturbi leggeri e transitorî della parola riguardanti sopratutto l'articolazione e la denominazione degli oggetti.

Gli autori concludono il loro lavoro affermando che lo studio delle afasie di guerra conferma in linea generale le ipotesi precedentemente avanzate da P. Marie sulla clinica e sull'anatomo-fisiologia dell'afasia.

DR.

CHIRURGIA.

Il trapianto degli ureteri sull'intestino.

S. BAIRD, ROY L. SCOTT and R. SPENCER. (*Surgery, Gynecology and Ostetrics*, aprile 1917).

Negli ultimi anni il problema del trapianto di uno o ambedue gli ureteri nell'intestino è stato ripetutamente oggetto di discussioni teoriche e di esperimenti pratici. Vari risultati sono stati ottenuti riguardo alla possibilità e all'indicazione dell'intervento.

Il primo a tentarlo fu Simon che lo praticò nel 1851 per estrofia della vescica; e per le stesse condizioni Thomas Smith nel 1879 impiantò ambedue gli ureteri sul colon, extraperitonealmente. Questi due, e un terzo caso operato da Kuester, furono seguiti da morte.

La prima operazione di questo genere seguita da successo fu fatta da Chaput nel 1892 (fistola uretero-vaginale: impianto dell'uretere sul retto): la paz. morì dopo 13 anni per causa indipendente. Seguirono poi molti altri interventi e lavori sperimentali: ma i risultati mancano di quella uniformità, che permetta una prognosi favorevole in un'alta percentuale.

Le indicazioni sono piuttosto rare. Le principali sono:

1) Lesione dell'uretere, tale che questo non possa essere suturato o impiantato sulla vescica.

2) Fistola ureterica.

3) Cistite dolorosa (Trendelenburg).

4) Cistectomia totale per tumore maligno o infezione cronica.

5) Estrofia della vescica.

Aggredendo il problema, le tre difficoltà che si impongono sono: la peritonite generale, la infezione ascendente dei reni, e la retrazione cicatriziale dell'apertura intestinale attraverso a cui deve passare l'uretere. Di esse la più importante è la seconda e deve essere accuratamente prevenuta, se si vuole avere qualche speranza di successo.

Proprio su questo punto hanno rivolto l'attenzione gli autori. Tre possono essere le vie patogene: il lume ureterale, i vasi sanguigni e, se questi esistono, i linfatici periureterici. Il lavorò di Sweet e Stewart del 1914 (1) sembra dimostri conclusivamente un esteso intreccio di vasi e lacune linfatiche nella mucosa, sottomucosa e tuniche esterne della vescica e ureteri, e nell'intiero tessuto renale.

La rete linfatica ureterica si anastomizza ampiamente con i linfatici della vescica da una parte, con quelli del rene dall'altra. I citati AA. avrebbero inoltre stabilito che l'infezione ascende solo per queste vie linfatiche, e non per i vasi sanguigni o per il lume dell'uretere: i primi si escludono perchè le vene della vescica e dell'uretere si svuotano in massima parte nel circolo venoso generale, e non nel sistema venoso renale; il secondo perchè non si sono mai trovate traccie del processo infettivo nella mucosa, ma nei dotti linfatici; e, se questi non si continuassero in alto, l'infezione non potrebbe essere affatto ascendente. Ancora, si è dimostrato che se il bacinetto renale viene connesso direttamente all'intestino non si produce l'infezione generale, caratteristica dell'infezione ascendente.

Se così stanno le cose, è inutile tentare artifizi di valvole ecc. per impedire che l'infezione risalga per il lume ureterico: bisogna cercare che questa infezione non si produca affatto. Ora tutte le volte che, per trapiantare l'uretere nell'intestino, si fa in questo una ferita, si crea un luogo di elezione per i germi abitatori del viscere, sicchè in breve tempo il capo ureterico viene a trovarsi in mezzo a un ascesso. Per evitare ciò gli AA. hanno pensato di servirsi, per introdurre l'uretere nell'intestino, non di una ferita, ma di una apertura naturale della parete intestinale, e, precisamente, di uno dei dotti pancreatici, giacchè il cane, diversamente dall'uomo, ha due di tali dotti, ognuno dei quali è capace di condurre nel duodeno l'intiera secrezione pancreatica.

La tecnica del metodo è la seguente: Incisione addominale mediana, identificazione dell'uretere destro, suo isolamento per gran parte del decorso, e resezione appena sopra alla vescica. Si passa allora un punto di sutura sull'estremità libera dell'uretere. Poi, identificato, isolato, legato un dotto pancreatico e tagliatolo fra la legatura e l'intestino, si passa, attraverso la parte distale di questo dotto, nell'intestino un ago cui sia stato raccomandato un capo della sutura ureterica, e gli si fa attraversare la parete intestinale opposta all'imbocco del dotto; lo stesso si fa con l'altro capo della sutura, facendolo uscire a circa 1 cm. dal precedente; poi si fa trazione sui due fili e l'uretere viene così guidato nel lume intestinale, attraverso il meato del dotto pancreatico, e mantenuto in posto annodando sulla superficie intestinale i due capi della sutura. Senza altre manovre si chiude l'incisione laparotomica.

Gli AA. presentano cinque casi trattati in questo modo: l'autopsia praticata 7-10 settimane dopo non rivelò alcun segno macro- o microscopico di infezione renale.

Questo lavoro sembra dunque confermare le conclusioni ottenute con differenti metodi da altri, che cioè, quando i linfatici periureterici non vengono a contatto con un focolaio virulento, l'infezione ascendente del rene non ha luogo: è appunto questo focolaio, che si impianta facilmente su una apertura anormale, che gli AA. hanno eliminato, facendo passare l'uretere per un'apertura naturale.

Tolto così il pericolo dell'infezione ascendente, sorge la questione se il rene, il cui uretere è stato trapiantato, è ancora in grado di funzionare, e se sarebbe possibile effettuare il trapianto bilaterale, convogliando l'intiera secrezione urinaria nell'intestino. Sappiamo che negli uccelli e in certi mammiferi inferiori la cloaca, che funge da recettacolo comune per urine e feci, prima dell'espulsione di questi escreti dal corpo, è una condizione normale: sarebbe possibile provocare uno stato di cose analogo nei mammiferi superiori?

Per rispondere a queste domande ecco come hanno proceduto gli AA. Sono stati fatti esperimenti in cani che avevano già avuto il trapianto sopra descritto dell'uretere destro: aperto l'addome e identificato e isolato l'uretere sinistro, fu introdotto in questo un catetere. Poi, sezionato l'uretere destro, proprio vicino al suo ingresso nel duodeno, fu anche a questo applicato un catetere. Nei successivi 45 minuti il rene destro segregò 15 cmc. di liquido e il sinistro 20, ma il cloruro di sodio e l'azoto to-

(1) *Surg., Gynec. and Obst.*, 1914, XVIII, 450.

tale risultò eguale dai due lati. Dopo l'iniezione intravenosa di 1 cmc. di solfofenolftaleina, questa comparve 1 m' 20 m'' più presto dal rene sinistro, ma la titolazione dimostrò lo stesso per cento nel susseguente periodo di raccolta. Ciò prova che, funzionalmente, il rene destro si comportava ugualmente bene che il sinistro.

In un'altra serie di cani, con uretere destro trapiantato, fu eseguita, 4-6 settimane dopo, una nefrectomia sinistra: entro 48 ore insorsero segni di nausea, vomito, perdita graduale di appetito, emaciamento rapido: il cane rimaneva giacente e diveniva gradualmente stuporoso, e finalmente moriva in stato comatoso, in 7ª-12ª giornata. L'autopsia di questi animali non dimostrò lesioni macroscopiche cui si potesse imputare la morte. Inoltre una leggera pressione nel bacinetto renale e su l'uretere era sufficiente a esprimere l'urina nel duodeno: questi fatti ci portano alla conclusione che questo rene segregava normalmente e che l'urina aveva accesso nel duodeno. Sembra semplice concludere che le sostanze urinose che, se ritenute, dànno i sintomi uremici, possono essere assorbite dall'intestino.

Qualunque sia questa sostanza uremigena, sembra di considerevole interesse notare che essa può essere assorbita nel sangue dal tubo intestinale, senza subire modificazioni nel suo passaggio attraverso alla mucosa.

CONCLUSIONI.

1. L'infezione ascendente per gli ureteri segue la via dei linfatici, e può esser prevenuta trapiantando l'uretere attraverso un'apertura normale dell'intestino, in modo da impedire la formazione di un focolaio infettivo.

2. Il rene con l'uretere così trapiantato continua a funzionare normalmente.

3. Un'azione di valvola allo sbocco ureterico artificiale non è necessaria.

4. L'intiera escrezione urinaria non può esser drenata nel tubo intestinale, e il suo assorbimento dà sintomi tossici che portano di solito a morte entro 12 giorni. SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Adunanza ordinaria del 24 marzo 1918.

Presiede il presidente prof. VINCENZO DE GIAXA.

L'anestesia generale da cloruro di etile in chirurgia di guerra.

Il prof. LUIGI CAFORIO riferisce sui risultati ottenuti dall'impiego del cloruro di etile quale anestetico generale, in chirurgia di guerra. Attesa la rapidità con cui la narcosi cloroetilica si determina e la fugacità di azione di essa, attesa l'assenza completa di vomiti, di vertigini, di cefalea e di ogni altro inconveniente post-anestesico, egli, sulla scorta di 500 osservazioni personali, asserisce che l'anestesia generale da cloruro di etile può rendere preziosi servizi nelle piccole operazioni che si è costretti ad eseguire in gran numero e con grande sveltezza, specie nelle formazioni sanitarie avanzate del fronte.

Discute sugli appunti mossi al cloruro di etile e dimostra che la presunta azione nociva di esso sul fegato, sul rene e sul cuore non è da tenersi in considerazione, giacchè i rischi che si corrono con questo anestetico sono in ogni caso inferiori a quelli che si corrono con l'etere e col cloroformio.

Presenta infine un suo apparecchio da inalazione, consistente nella comune maschera di Esmarch opportunamente modificata: La modifica consiste nel fatto che sulla gabbia di Esmarch, in luogo di applicare una flanella, egli applica un rettangolo di tela impermeabile, nel mezzo del quale è praticato un foro delle dimensioni di una moneta da un soldo. Nel foro si introduce un batuffolo di garza nel quale, prima della narcosi, si versa il contenuto di una mezza fiala di cloruro di etile. Applicando in questo momento la maschera sul viso del paziente e continuando a far pervenire il sottile getto di anestetico sul batuffolo di garza, la narcosi piena si raggiunge in pochi secondi e si può prolungare indefinitamente. Tolta la maschera, non passano che 10-20 secondi perchè si determini il risveglio, senza che il paziente avverta alcun malessere e alcuna molestia consecutiva. Questo apparecchio può essere improvvisato da per tutto e presenta sulle altre maschere, fin oggi proposte, il vantaggio di essere semplice, economico e pratico.

Mai l'O. osservò alcun incidente spiacevole e mai la narcosi fu incompleta o parziale. Il metodo quindi può essere adottato oltre che in chirurgia di guerra anche in pratica civile, nelle piccole e dolorose operazioni da ambulatorio.

Le appendici piloriche nei teleostei.

Il prof. ANTONINO ANILE, in seguito alle sue ricerche, giunge alla conclusione che queste appendici non hanno alcuno speciale significato ghiandolare, ma sono formazioni destinate ad aumentare la superficie digestiva assorbente della mucosa intestinale in animali che, come i pesci ossei, hanno breve il tubo digerente. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi rapida della scabbia.

Per tale scopo, R. Sabourand (*Presse méd.* 21 giugno) raccomanda di tener conto soprattutto dell'anamnesi e della distribuzione regionale.

La scabbia è una malattia che si contrae quasi unicamente in letto, sia standovi con uno scabbioso, sia andandovi dopo che uno scabbioso vi è stato e le lenzuola non sono state cambiate; i contatti abituali nelle scuole, negli uffici, ecc., non sono da considerarsi come sorgenti di infezione.

Il primo elemento per la diagnosi è dunque l'aver avuto un compagno di letto con la stessa affezione. Di fatto le malattie cutanee trasmissibili ed accompagnate da prurito sono la scabbia ed i pidocchi: ora i pidocchi del pube affettano le regioni provviste di peli e sono facilmente visibili; quelli dei vestiti sono accompagnati da lesioni più grandi che nella scabbia localizzate specialmente al collo e regioni scapolari, dove sono caratteristiche le linee parallele di grattamento. In mancanza di questi caratteri, e dato che vi sia un compagno di letto, che ha gli stessi sintomi, si può presumibilmente affermare che si tratta di scabbia.

Questa ha delle localizzazioni regionali caratteristiche, le quali variano con l'età e col sesso. La faccia ed il collo sono esclusi mentre le lesioni principali si trovano alle ascelle in forma di macchiette leggermente prominenti, rosse, sulle pieghe toraco-ascellari, con l'asse maggiore nella direzione di dette pieghe.

Caratteristiche sono anche le lesioni alla regione glutea, simili a piccoli foruncoli, e quelle che si formano sulla superficie palmare del pugno, nelle pieghe di flessione; meno costanti sono quelle degli spazi interdigitali.

Tipiche sono *nell'uomo* le lesioni sul pene, specialmente sul prepuzio, dall'apparenza di punti rossi, leggermente prominenti; *nella donna* invece si trovano sulle mammelle, con lesioni di grattamento sull'areola e sull'intera mammella. L'eczema dell'areola deve suggerire l'idea della scabbia: le lesioni devono essere ricercate all'esterno della regione eczematosa. *Nei bambini* sulle piante dei piedi si trovano piccole pustole ed i solchi caratteristici. Questi però non sono sempre facili a scoprirsi; si tratta di una screpolatura sinuosa nell'epitelio, che si vede più facilmente nelle mani sporche. Esso si rende anche visibile con l'applicazione di inchiostro di China, o della tintura di jodio. Quando il solco è vuoto, si osserva una macchietta rilevata, d'un aspetto biancastro, analoga a quella prodotta cacciando un ago sotto la cute, senza farla sanguinare. La presenza di tale lesione stabilisce senz'altro la diagnosi di scabbia, ciò che però può farsi con i criteri più sopra accennati.

ini.

Un nuovo metodo di cura rapida della scabbia e della pediculosi del pube e dei vestiti.

Il prof. Ferdinando De Napoli, tenente colonnello medico (*Giornale di medicina militare*, 1918, fascicolo IV), scrive che, nell'intento di ottenere un metodo di cura di rapida efficacia, di poco costo, di facile preparazione ed applicazione contro la scabbia e la pediculosi, così frequenti specialmente fra le truppe in campagna, ha ideato di utilizzare l'anidride solforosa, ottenuta per combustione ed applicata sotto forma di bagni a gas. Come lo stesso autore avverte in apposita nota, un analogo procedimento è già in uso presso le truppe inglesi (Bruce. *The British Journal of Dermat. and Syph.*, IV, VI, 1917): peraltro, fin dai primi dell'ottobre 1917 tre grandi ospedali di una nostra armata avevano ricevuto dall'A., consulente di armata, le necessarie istruzioni per la costruzione ed il funzionamento degli apparecchi relativi che realizzano la cura rapida della scabbia senza bagni ad immersione e senza uso di unguenti e di altri preparati di alto prezzo.

Gli apparecchi consistono in casse di legno, simili a quelle che si adoperano per i bagni di luce, tipo *botti di Modica*: la loro forma può essere cilindrica, poligonale, a botte, ecc.; sono alte m. 1.20-1.30 e larghe m. 1, in modo che un uomo possa agevolmente entrarvi e rimanervi comodamente seduto, con la sola testa libera. Le casse debbono potersi chiudere ermeticamente con stoppa o mastice, secondo i sistemi che adoperano i bottai.

La base è costituita da un doppio fondo, di cui il piano inferiore rappresenta la faccia inferiore della cassa, mentre il superiore è più sollevato di circa 15-20 cm. e consiste in un piano mobile in legno od in lamiera, in tutto od in parte forato, così da lasciar passare l'anidride solforosa che si sviluppa dalla combustione dello zolfo contenuto in un recipiente che si colloca nello spazio vuoto del doppio fondo. Questo recipiente può anche essere staccato dalla cassa ed in comunicazione con l'interno di essa a mezzo di un tubo metallico: in tal caso il doppio fondo è inutile.

Prima che lo scabbioso sia introdotto in questa cassa lo zolfo viene acceso (tenendo chiusa

l'apertura della parete superiore attraverso la quale deve passare la testa del paziente) e si lascia sviluppare un discreto volume di anidride solforosa, in modo che la proporzione di questa con l'aria raggiunga il 2 % circa. Il malato quindi, nudo, è introdotto nel recipiente con la sola testa al di fuori dell'apertura circolare, che viene convenientemente tappata per impedire la sfuggita del gas.

Lo scabbioso siede su di un seggiolino forato, così che le regioni glutee, perineale ed i genitali rimangano esposti all'azione del gas solforoso. Le braccia saranno tenute discoste dal tronco mediante due bracciali fissati al coperchio e pendenti nell'interno della cassa: il malato inoltre terrà le dita divaricate e, per quanto è possibile, le gambe in estensione. In tal modo le sedi predilette dell'acaro non sfuggiranno all'azione parassiticida dell'anidride solforosa.

Prima d'introdurre lo scabbioso nel recipiente, lo si avvolgerà in coperte di lana, possibilmente riscaldate, per un'ora almeno: indi verrà lavato ed insaponato, specie nelle regioni preferite dal *sarcoptes*, ed infine spazzolato energicamente in queste sedi; tutto ciò allo scopo di richiamare alla superficie cutanea gli acari, di sgrassare e rendere più permeabile l'epidermide, infine di rompere e mettere allo scoperto i cunicoli. Queste operazioni preliminari durano un'ora e mezzo circa, dopo di che l'infermo viene rinchiuso nella cassa per un'altra ora ad una temperatura di 30° circa: lo si fa quindi uscire e lo si avvolge in coperte di lana lasciandovelo per alcune ore, possibilmente tutta la notte se la cura si fa di sera, il che è da preferirsi, date le note abitudini notturne dell'acaro.

L'infermo prima di essere dimesso sarà infine lavato, sia pure con sole abluzioni di acqua e sapone quando non si disponga di bagni ad immersione, e rivestito con i suoi abiti sterilizzati.

Dagli esami clinici e microscopici eseguiti l'A. conclude che basti, nei casi non gravi e senza dermatosi secondarie, un solo bagno a gas di anidride solforosa per dare la guarigione, e che con questo metodo non si hanno inconvenienti consecutivi nè a carico della pelle nè di altri organi.

Il metodo ha il vantaggio della rapidità, notevole soprattutto per le truppe in campagna, del poco costo e della facilità dell'impianto. Esso può essere pure adoperato nelle ftiriasi dei vestiti e del pube, e risponde bene anche per liberare dai parassiti gli abiti, la biancherie, ecc.

V. M.

L'uso dell'ittiolo nelle malattie nasali.

Si attribuiscono all'ittiolo diverse proprietà: di eliminare le congestioni locali, contraendo i vasi capillari, di diminuire la quantità delle secrezioni profuse, migliorandone altresì la qualità, e di agire come disinfettante e deodorante. In considerazione di tali effetti, M. Grossmann (*Med. Klinik*, 9 dicembre 1917) lo usa con successo da vari anni nelle malattie nasali.

Nei casi gravi di ozena, si allontanano anzitutto con acqua tiepida le croste e le secrezioni indurite, poi si irrorano le cavità nasali con due o tre grossi schizzetti di soluzione di ittiolo al 5 % (in acqua); con un tampone di ovatta, imbevuto nella stessa soluzione, si spennellano le cavità nasali ed il cavo faringeo-nasale. Da ultimo si introduce in entrambe le cavità nasali un tampone di ovatta impregnato con soluzione acquosa di ittiolo al 20-30 %, che si lascia per due o tre ore. In principio del trattamento si ripetono tali manovre due volte al giorno.

In tal modo viene diminuita la formazione di croste, il secreto si fa più fluido, scompare gradatamente il fetore. Dopo quattro o cinque settimane, la mucosa dapprima secca ed escoriata, diventa liscia ed umida. Quando tali condizioni sono raggiunte (e talvolta ciò si ottiene anche dopo qualche mese) il trattamento si ripete ogni due giorni ed anche a periodi più lunghi. L'ammalato però deve venire abituato a farsi da sè le irrigazioni con la soluzione al 5 %, in quanto che la guarigione può sperarsi solo nei casi più leggeri, mentre negli altri occorrerà continuare in tali irrigazioni per evitare le ricadute.

L'ittiolo serve anche bene per il raffreddore acuto, introducendo in ogni cavità nasale un tampone di cotone imbevuto con la soluzione acquosa al 20-25 %: ne segue una forte eccitazione nasale, che cessa levando momentaneamente il tampone, che viene poi rimesso e tenuto per una o due ore. Si ripete il trattamento una volta al giorno, ottenendosi come risultato la rapida scomparsa dell'intasamento e della cefalea. L'A. ha trovato utile l'ittiolo anche nelle operazioni sul naso, sia che si tratti di una concotomia, dell'asportazione di neoformazioni o del raschiamento di ulcere da lupus.

ini.

Nuovo trattamento della foruncolosi.

Il trattamento generale della foruncolosi consiste tuttora nella somministrazione di solfuri (di litio, di calcio), di lievito di birra, ecc. A questa terapia si è venuta aggiungendo negli ultimi anni la vaccinoterapia, che costituisce

in realtà il metodo di scelta, purchè si usi un vaccino autogeno. R. Burnier (*Presse médicale*, 2 maggio 1918) prescrive un rimedio semplice, che consiste nella somministrazione per uso interno della radice di bardana (*Lappa officinalis*): l'attività del medicamento è massima quando crescono le foglie e la radice è carica di succo: è essenziale inoltre che la radice sia fresca, altrimenti è inattiva.

Quando si sottoponga però la radice, appena colta, ad un processo di stabilizzazione, distruggendo le ossidasi, la radice disseccata ha lo stesso valore terapeutico di quella fresca. Si prescrive sotto forma di estratto molle (pillole di cgr. 60) tre volte al giorno: si continua il trattamento, fino a cicatrizzazione completa dei foruncoli, ciò che richiede cinque o sei giorni.

Circa 24-48 ore dopo la somministrazione, scompare il dolore, si attenua l'infiammazione; al terzo, quarto giorno la raccolta purulenta si evacua spontaneamente. Ciò accade per i foruncoli avanzati, gli altri si appassiscono e vengono riassorbiti rapidamente.

La bardana non esercita alcuna azione sulle follicoliti od altre stafilococcie superficiali della pelle. — In tali casi val meglio ricorrere allo stagno puro (in polvere o colloidale) od ai sali di stagno, che avrebbero azione specifica sullo stafilococco. *ini.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(984) *Sulla cura degli ossiuri.* — Al dott. Ugo Valesi da Povegliano Veronese:

La cura degli ossiuridi deve avere di mira due scopi: quello di uccidere i giovani che nelle prime settimane di loro vita risiedono nel tenue, e quello di aggredire ed uccidere quelli che giungono o vivono nel cieco e nel retto.

Si raggiungerà il primo scopo col somministrare un vermicida per via boccale, il secondo propinandone un altro per via rettale.

Fra i vermicidi i più indicati sono: la santonina ed il cloroformio da usarsi per via boccale, mentre per via anale sono consigliabili gli enteroclismi di acqua salata (10 %), acqua acidulata con aceto puro di vino (15-20 %), acqua saponata (3 × 200), infuso di santonina (1 × 300), olio cloroformico (1-2 × 100), olio mentolato (4 × 100) od anche soluzione di nitrato d'argento (2×100), facendo precedere questo lavaggio da una irrigazione evacuatrice, lasciando il nitrato d'argento in sito non più di cinque minuti, dopo i quali è necessario praticare un'abbondante irrigazione rettale di acqua salata.

I migliori resultati si ebbero dalle seguenti due cure praticate in questo modo:

1° *Cura alla santonina.* — Il giorno innanzi della somministrazione del vermicida si tenga il malato a dieta lattea e la sera si pratichi un enteroclisma di acqua salata o di acqua acidulata, avendo l'avvertenza di usare, invece di una cannula comune, un catetere Nélaton molle, che deve essere spinto piuttosto in alto, tenendo il paziente in letto, coricato sul lato destro. La sera stessa, due ore dopo, si dia una carta di santonina (5-10 ctg.) e la mattina seguente a digiuno un purgante oleoso.

La cura va ripetuta tre volte con l'intervallo di due o tre giorni. Gli enteroclismi però si praticheranno ogni sera e per tutta la durata della cura.

2° *Cura al cloroformio.* — Dopo aver preparato il malato con la dieta lattea, si praticherà la sera un enteroclisma di olio cloroformico (1-2 %) nella quantità di 150-200 grammi. La mattina appresso, a digiuno, una purga di olio di ricino con l'aggiunta di cloroformio (1-2 gr. per i bambini da tre a sette anni, 2-4 gr. da sette anni in poi).

Gli enteroclismi debbono ripetersi per due o tre volte con l'intervallo di due giorni uno dall'altro. G. ALESSANDRINI.

(985) *Tubercolosi e calcio.* — All'abb. n. 5037:

La letteratura sull'uso del calcio nella tubercolosi è scarsa e sparsa qua e là.

Può consultare: BRAHL e BUC., *Bulletin Institut Pasteur*, 1913, pag. 592. — J. WINKLER, *Centralblatt f. Bakteriologie*, vol. 60, pag. 643. — ROBIN, *Les principes de la réminéralisation organique*, in *Bulletin général de thérapeutique*, 1910, pag. 82. — EMMERICH e LOEWE, *La deficienza del calcio nell'alimentazione umana*, in *Zeitschrift f. Hygiene*, vol. 77 (1904). — RUBINO, *Mineralizzazione dell'organismo con il cloruro di calcio nella tubercolosi polmonare*, in *Gazzetta Ospedali e Cliniche*, 2 giugno 1918 (in quest'ultimo lavoro sono annesse altre notizie bibliografiche in proposito).

A. FILIPPINI.

(986) All'abb. n. 8400:

P. DELBET: *Méthode de traitement des fractures.* — Parigi, Alcan 1916. T. F.

(987) All'abb. n. 1995:

Consulti il libro del CASTELLINO e PENDE: *Patologia del simpatico*, che è anche ricco di indicazioni bibliografiche. *t. p.*

(988) Al dott. L. T.:

Indichiamo il lavoro di Bing e Gerbay da noi riassunto nel fasc. 35, p. 834-835. *a. a.*

(15)

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. LE MOIGNIE e A. SÉZARY. *Nouvelle méthode de vaccination antityphoidique.* Un vol. in-16° di 77 pag., rilegato; collezione « Actualités médicales ». — J. B. Baillière, ed., Parigi. — Prezzo L. 2.

La vaccinazione antitifica si è ormai diffusa superando tutte le ostilità che erano sorte da principio; essa presenta però tuttora degli inconvenienti dovuti alla tossicità del preparato ed alla molteplicità delle iniezioni necessarie.

Per ovviare a tali inconvenienti, gli AA. hanno ideato di sospendere i germi in una miscela oleosa anzichè nell'acqua; a tale scopo, raccolta la patina culturale, la privano dell'acqua per mezzo della centrifugazione, e dopo una esatta pesata, la sospendono nella miscela oleosa, che viene convenientemente sterilizzata.

L'eccipiente oleoso attenua, nello stesso tempo che prolunga l'azione farmacodinamica: si ha così un vaccino che non provoca più fenomeni tossici e che è efficace con una sola iniezione, come è dimostrato con prove umorali ed epidemiologiche; esso è inoltre più conservabile, mantenendo la propria efficacia oltre un anno.

Gli AA. in questo loro libro descrivono chiaramente i metodi usati ed i risultati ottenuti, che potranno in seguito estendersi anche ad altri vaccini, rendendone così l'uso più agevole e meno pericoloso. FIL.

CARTON dott. PAUL. *La cure de soleil et d'exercices chez les enfants.* Un vol. in-8° di oltre 100 pag. con 60 fig. — A. Maloine et fils, Parigi.

La nostra vita antigienica, complicata, antinaturale, immorale e malsana, conduce, secondo l'A., direttamente alla degenerazione della razza ed allo spopolamento. Nè vi possono portare rimedio una nutrizione più abbondante e, tanto meno, le medele dei farmacisti, i sieri od i vaccini. Una sola questione domina tutta la medicina ed è quella del terreno organico e della sua resistenza. Noi dobbiamo rifare una razza sana e forte ed usufruire per ciò di tutti gli agenti naturali di vita e di guarigione.

È specialmente ai bambini, all'essere in via di sviluppo, che vanno applicati questi principî, di cui l'aria ed il sole costituiscono il fondamento principale.

L'A. nella prima parte espone la tecnica della elioterapia, che, per evitare danni ed insucessi, va applicata a dovere; accenna agli inconvenienti che possono sorgere ed al modo di evitarli. Descrive poi la cura di esercizî fisici all'aria aperta, fornendo altresì degli schemi per l'applicazione pratica di questi metodi.

Il lavoro è corredato di numerose fotografie originali nitide e brucianti di sole. FIL.

Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini. A cura della Biblioteca del Laboratorio batteriologico della Direzione generale di Sanità pubblica. Anno I, 1916 (Supplemento). — Un vol. in-16° di oltre 120 pag. Tip. Società delle Cartiere Centrali, Roma.

Abbiamo già data notizia della bella iniziativa presa dal prof. Gosio, di fornire agli studiosi la bibliografia dei lavori italiani di medicina. Al primo volume, riguardante il 1916, viene ora aggiunto questo supplemento, che lo integra nelle parti rimaste incomplete per la mancanza dei periodici, non pervenuti con la voluta esattezza allo spoglio bibliografico.

A questa utile pubblicazione non può mancare il favore di chi si interessa negli studi, che si augura di vederla continuare e di vederla comparire con minore ritardo. INDEX.

VARIA.

Il problema della popolazione.

Riportiamo largamente dal *Giornale del Mattino* di Bologna un articolo del prof. G. Angelici sopra questo interessante problema.

Già prima della guerra le originarie concezioni teoriche di Malthus erano state gravemente intaccate.

Contro le pratiche così dette malthusiane, tendenti a limitare il numero dei figli, si erano levate voci autorevolissime di sociologi e di uomini politici in Europa, specialmente in Francia ed anche in America, dove la diminuzione della natalità era stata qualificata « suicidio della razza ».

Contro i gravi pericoli economici e politici derivanti dalla diminuzione delle nascite in Francia, il Bertillon dette l'allarme invano fin dal 1897, con questa frase che ora, in tempo di guerra, suonerà amara rampogna nel cuore dei patriotti francesi: « Ogni due anni la Germania guadagna una nuova Alsazia-Lorena! ».

Ed è del nostro Gini l'ammonimento: « I popoli che si propongono una guerra di rivendicazione non possono, non devono veder diminuire la loro natalità... ».

Tali severi mòniti erano scaturiti dall'esame di molte cifre.

Così l'incremento medio annuo del gruppo dei maschi in età da 20 a 44 anni compiuti, nell'intervallo fra i due censimenti intorno al 1900 e al 1910, risultava di circa 19 per mille in Francia, una inezia di fronte alla bellezza di 168 per mille in Germania.

Di modo che verso la fine del 1914 il numero dei maschi da 20 a 39 anni compiuti (uomini atti alle armi) era in Francia di circa milioni 5-6; mentre in Germania era di *circa il doppio*, ossia 10-12.

Non si rispecchia, in queste cifre relative all'accrescimento naturale della popolazione, un fattore primissimo dell'efficienza bellica della Germania?

Inoltre, se si riflette alla legge storica universale che ogni Stato per mantenersi deve espandere la própria vita oltre sè stesso, si è portati necessariamente a studiare anzitutto, in seno ad ogni Stato, il problema della popolazione.

Ciò premesso, si comprende *a priori* perchè e quanto il problema demografico abbia ora richiamato, e più dopo la guerra reclamerà, l'attenzione dei sociologi e dei Governi.

In quali condizioni demografiche si troverà l'Italia rispetto ad altri Stati?

Anche gl'Italiani sono *peccatori* per quanto concerne la diminuzione della natalità nel tempo di pace precedente alla guerra. Tuttavia, un uomo di scienza e di governo, Nitti, ha affermato che, tenendo conto del numero degl'Italiani rimpatriati e dell'emigrazione sospesa per effetto della guerra, avremo in Italia un'enorme eccedenza di mano d'opera, la quale sarà in rapporto col fatto innegabile del vantaggio demografico derivante dalla cessazione della emigrazione; vantaggio che nei primi tre anni, 1914, 1915, 1916, ammonta alla bellezza di circa un milione e mezzo di abitanti, quasi tutti della migliore età.

Questo fattore *uomo* potrà costituire una ricchezza (capitale vivente), una forza di tale utilità e rarità, da esserci invidiato e richiesto, per non dire conteso, sotto forma di immigrazioni agevolate dagli altri Stati, nei quali la mancanza di mano d'opera sarà, per non pochi anni dopo la guerra, grave e assillante.

In base ai dati statistici dianzi ricordati sull'incremento della popolazione, la Francia si troverà in condizioni molto peggiori della Germania.

Tutti gli autori francesi concordano già sulla necessità di favorire l'immigrazione in Francia dei lavoratori stranieri. Situazione analoga si verificherà nel Belgio e altrove.

Adunque, le previsioni su questo terreno demografico, e quindi economico e politico, sono davvero rosee per noi, ma a due condizioni: che si riesca almeno per i primi anni dopo la guerra a frenare l'emigrazione, onde rimangano in patria i procreatori e lavoratori necessari; che si ponga mente da parte delle nostre sfere dirigenti e un poco da tutti all'importanza della qualità, oltre che del numero dei lavoratori, ossia che si curi maggiormente la istruzione generale, quella tecnica e professionale della nostra popolazione.

L. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SICCARDI P. D. e BOMPIANI G. Spirochetosi ittero-emorragica con sindrome di peliosi reumatoide a recrudescenze febbrili. — Roma, 1917.

PUSATERI SANTI. Lo stato attuale delle nostre conoscenze sulle simulazioni ed autolesioni riguardanti l'organo acustico (Con contributo personale). — Palermo, 1918.

MANCIOLI TOMMASO. Un anno di servizio oto-rino-laringoiatrico nell'ospedale militare principale di Roma. — Roma, 1918.

SALMON ALBERTO. Sindrome oculo-cerebellare ed emiparesi alterna da tumore probabilmente gommoso di una eminenza quadrigemina posteriore. — Firenze, 1917.

DE VECCHIS BENIAMINO. Le malattie della bocca come focolaio di affezioni metastatiche. — Napoli, 1918.

AGOSTINI CESARE. Sulla utilizzazione degli epilettici in zona di guerra. — Perugia, 1918.

CANTIENI COLLATINO. Infezione meningococcica senza localizzazioni e meningite tardiva. — Firenze, 1917.

PORCELLI RODOLFO. Di un caso di nevrastenia sessuale da localizzazioni gonococciche latenti dell'uretra posteriore. (Contributo alla conoscenza delle prostatiti primitive). — Napoli, 1917.

GALATI G. Primi risultati di un nuovo metodo di cura nel tifo. — Roma, 1917.

ALLEGRI NATALE. Le acque sulfuree di Tivoli. Bagni di Cesare Augusto. — Roma, 1917.

DE SILVESTRI ENRICO. Di una reazione delle orine dei tifosi. — Biella, 1917.

RABITTI AUGUSTO. Relazione sul funzionamento dell'Ordine dei medici della Provincia di Mantova durante il 1917. — Mantova, 1918.

ONANO GIOVANNI. Sulla condotta del chirurgo nell'eseguire amputazioni di arti gravemente traumatizzati. — Milano, 1918.

RONCHETTI VITTORIO. Tifo esantematico. — Milano, 1917.

PROSPERI GINO. Sull'utilizzazione professionale degli invalidi del braccio. — Firenze, 1917.

CHIADINI M. Contributo all'anatomia patologica dell'ittero infettivo epidemico. — Genova, 1917.

Nel fasc. scorso, a pag. 958, col. destra, riga 8ª, leggere: 22 dicembre 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7439) *Trasferimento di medico condotto interino da una frazione ad altra.* — Dott. R. C. da F. — Se per contratto fu fissata la residenza del medico condotto interino, questi ha il dovere di non muoversi dalla medesima, così come il Municipio ha l'obbligo di farvelo rimanere. L'ordine di trasferimento che intende emettere codesto R. Commissario sarebbe, pertanto, illegale e potrebbe dar luogo a risarcimento di danni.

(7440) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. V. da T. — Sempre che il compenso che Ella mensilmente riceve come medico di controllo provvisorio presso la Cassa Nazionale Infortuni rappresenti un vero e proprio stipendio, giusta l'atto e la partecipazione di nomina e non semplicemente una indennità, stabilita *à forfait* per il servizio che presta, ha diritto alla indennità caro-viveri, purchè nel complesso il compenso stesso non superi le annue lire 4500.

Il decreto Luogotenenziale in base al quale avrebbe il diritto è del 26 luglio 1917, n. 1181. Se lo stipendio non supera le lire 1500 avrebbe diritto a lire 30 mensili, se non supera le lire 4500 avrebbe diritto a lire 24 mensili. Avrebbe diritto a riscuotere gli arretrati dal 1° luglio 1917.

(7441) *Cura gratuita - Donna maritata.* — Dott. A. G. da L. C. — Una donna che da nubile è compresa nell'elenco dei poveri a riguardo della cura ed assistenza sanitaria, non conserva tale inscrizione se sposa un benestante, giacchè la donna maritata per tutti gli effetti giuridici segue la condizione del marito.

(7442) *Indennità caro-viveri - Diritto di abitazione.* — Dott. G. B. da T. — Poichè Ella percepisce, tutto sommato, uno stipendio che non supera le lire 4500, ha diritto alla indennità caro-viveri nella misura di lire 24 mensili dal 1° luglio 1917, giusta il D. L. del 26 luglio detto anno, n. 1181. In vista dell'ostinato silenzio del Comune a rispondere od a provvedere sulle sue giuste richieste, può rivolgere ricorso alla G. P. A. perchè deliberi di ufficio la concessione della somma dovutale. La legge recente sulle abitazioni stabilisce che l'inquilino deve lasciare l'alloggio allorchè esso è richiesto dal proprietario per uso proprio. E poichè tale è la ipotesi che si verifica nel caso da Lei esposto, Ella non può opporsi a lasciare la casa. Nè per lo intempestivo trasferimento può chiedere indennizzo di danni al Comune, perchè questi nel fatto non ha alcuna colpa, obbedendo, come ne ha l'obbligo, a tassativa disposizione legislativa.

(7443) *Congedo.* — Dott. abbonato 3865. — In caso eccezionale ed urgente si può accordare al medico condotto un breve congedo, tuttochè egli sia un esonerato, non facendo tale qualità ostacolo alla concessione, se fatta per gravi motivi.

(7444) *Servizio ostetrico.* — Dott. A. R. C. da F. — Il medico condotto che procede ad operazione a riguardo di una partoriente non ha diritto a compenso, rientrando tale prestazione nell'orbita delle sue normali attribuzioni di cura ed assistenza sanitaria. Se, però, assiste al parto normale in luogo e vece della levatrice, ha diritto a compenso a carico del Comune che, per le famiglie inscritte nell'elenco dei poveri, ha l'obbligo della assistenza ostetrica.

(7445) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. B. F. da P. — Il medico condotto titolare che è chiamato sotto le armi, durante il servizio militare conserva il posto e, se ufficiale, ha diritto alla differenza fra lo stipendio civile, che prima percepiva dal Comune, e quello militare, che percepisce dalla Amministrazione della guerra.

(7446) *Pensioni.* — Dott. L. B. da C. T. — In base alla età ed agli anni di servizio indicati, Ella liquiderà la pensione di annue lire 2106.

(7448) *Contributo centesimo di guerra.* — Dott. B. F. da V. — Sullo stipendio di lire 2200 lorde ricade un contributo centesimo di guerra di lire 8.25.

(7449) *Certificati - Compenso.* — Dott. V. P. da S. I. — Pei certificati indicati si ha diritto a compenso se richiesti da persone non comprese nell'elenco dei poveri non aventi, per ciò, diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.

(7450) *Elenco dei poveri - Compilazione.* — Dott. G. G. da P. — Per la redazione dell'elenco dei poveri ammessi a cura gratuita non si possono dare criterii aprioristici e di massima, giacchè il giudizio sullo stato di miserabilità relativa, che è richiesto per usufruire del beneficio della cura ed assistenza sanitaria gratuita, varia da luogo a luogo e da famiglia a famiglia, a seconda della densità della popolazione, della distribuzione della ricchezza e della composizione delle famiglie stesse. Ordinariamente si tien conto della inscrizione nel ruolo della tassa focatico; ma anche tale criterio non è sempre sicuro, perchè i limiti minimi di esclusione dal pagamento di tale tassa variano da Comune a Comune nella medesima Provincia. Qualora, però, il numero delle famiglie incluse nell'elenco dei poveri sia talmente alto da rappresentare un onere gravoso per l'esercizio della condotta e non convenientemente rimunerato, si può avanzare domanda per aumento di stipendio alla G. P. A. ai sensi dell'art. 26 della legge sanitaria.

(7451) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. S. D. B. da Z. di G. — Alla conservazione del posto ed alla differenza di stipendio durante il tempo che si passa sotto le armi hanno diritto solamente i medici titolari delle condotte e non gli interini.

(7452) *Dimissioni dalla carica di medico condotto.* — Dott. G. M. da P. di S. — Se il capitolato in vigore permette di rassegnare le dimissioni col semplice preavviso di due mesi prima, nulla si oppone a che Ella vi adempia.

(7453) *Sessennio.* — Dott. A. Z. da C. — Col-

l'ottenuto aumento di stipendio nel 1913 si è interrotto il periodo sessennale in corso che da quella data è ricominciato. Ella, quindi, compirà il nuovo sessennio nel giugno 1919 e sarà liquidato sullo stipendio aumentato di lire 3000.

(7455) *Aumento sessennale.* — Dott. E. P. da G. — I due periodi sessennali, giusta quanto dispone l'art. 30 del regolamento costà in vigore, decorrono dal 1907, epoca in cui fu approvato il regolamento stesso. Il primo di essi si è, quindi, compiuto col 1913 e l'altro si compirà nel 1919. La disposizione transitoria non va intesa che come una anticipata concessione di aumento di stipendio, indipendente affatto dal decorso dei periodi sessennali, e ciò deducesi naturalmente non solamente dal fatto che in essa non parlasi di sessenni, ma anche della salvezza in essa contenuta dei diritti acquisiti, che sarebbero costituiti, appunto, dai deliberati sessennii. A nostro avviso Ella, oltre l'aumento di stipendio ottenuto dal 1913, avrà diritto nel 1919 ad ottenere il sessennio.

(7457) *Sessenni.* — Dott. O. R. da B. d'E. — Avendo ottenuto nel 1914 un aumento di stipendio, sia pure, come dice il deliberato, *ad personam,* il periodo sessennale è rimasto interrotto, ricominciando a decorrere nuovamente dal 1914. Ella potrà, quindi, ricevere l'aumento di lire 550 nel 1921.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 4376:

1° La circolare cui Ella accenna specifica che l'esonero deve essere dato soltanto al figlio superstite di una famiglia che ha avuto altri figli *morti* in combattimento.

Ed il caso di suo fratello e suo, per quanto pietoso, non è a rigor di termini quello previsto dalla circolare: Ella potrebbe ciò nondimeno fare una domanda in proposito al Ministero.

2° Occorre che Ella attenda la promozione dei tenenti medici effettivi della sua stessa anzianità: le loro promozioni son ferme al 1° maggio 1916.

All'abb. n. 1200:

Trattasi di provvedimenti che riguardano i militari di truppa e non gli ufficiali.

Al dott. L. D. V., Zona di guerra:

Solo gli *aiuti effettivi in organico* delle cliniche hanno diritto al grado di capitano dopo due anni di servizio militare ininterrotto e non meno di 10 anni di esercizio professionale.

Al dott. C. M., Zona di guerra:

Non ha tutti i torti: però la distribuzione particolareggiata dei medici nelle varie zone e sotto zone in cui si divide il territorio di guerra a seconda dell'età loro, e tenendo conto di differenze minime di essa, non è pratica, nè possibile per quanto giusta in teoria.

Non è poi il caso di chiamare medici di classe anziana quelli del '79-'80-'81.

È un'anzianità... relativa.

Al dott. F. S., Zona di guerra:

Gli ufficiali che attualmente sono lontani dalle Unità o dai Reparti combattenti o che si trovano nell'interno del Paese, ma che hanno maturato il diritto all'assicurazione, essendo stati combattenti o nelle truppe combattenti *dal 1° gennaio 1918 in poi,* potranno ottenere le polizze, inviandone domanda, pel tramite del Comando od ufficio territoriale da cui presentemente dipendono, al Comando del Reparto cui appartenevano nell'atto di partecipare alle azioni di guerra.

Tutti gli altri ne sono esclusi.

All'abb. n. 2513:

È già stato risposto...

All'abb. n. 6213:

Data la sua classe di leva (1882) l'avvicendamento puro e semplice non può esserle concesso. Ella potrebbe però venir comandato a qualche servizio civile dietro richiesta della competente autorità.

Al dott. G. C., Zona di guerra:

Le nomine per titoli al grado di maggiore sono sempre subordinate alla comprovata idoneità fisica incondizionata.

All'abb. n. 5481:

Come già si è più volte ripetuto, le promozioni dei tenenti medici effettivi sono ferme al 1° maggio 1916.

I tenenti di complemento con anzianità 1° giugno 1916 non possono quindi essere promossi.

Al dott. A. A. di I. d. S., abb. n. 4824:

La cessazione del pagamento delle 5 lire di indennità dopo il richiamo delle classi '74 e '75 pei medici che già erano in servizio ed appartenevano alle suddette due classi è regolare. L'indennità continua ad esser pagata ai medici delle classi antecedenti.

Al dott. O. G. da F.:

Nessuna disposizione può autorizzarlo a fare domande del genere da Lei accennato, essendo Ella idoneo ad incondizionato servizio.

Al dott. A. D. L. da P.:

La visita di controllo può sempre avvenire.

Comunque, data la diagnosi, Ella deve ritenersi libero da qualsiasi obbligo di servizio.

Al dott. C. C., Zona di guerra:

Ella avrà diritto ad essere proposto all'avanzamento, allorchè avrà compiuto quattro mesi di servizio nella zona ove attualmente si trova.

All'abb. n. 742:

Ella è già entrato nel quadro di avanzamento.

Però per ciò che concerne l'attuazione della promozione non è possibile fare congetture.

Al dott. P. R. da M.:

Gli effettivi con anzianità pari alla Sua non sono stati ancora promossi nè ad anzianità, nè a scelta. Occorre quindi attendere ancora.

All'abb. n. 9185:

La cosa non è così semplice come Ella crede. Anzitutto occorre conoscere quale sia la sua classe di leva, perchè i medici delle classi giovani non possono essere ritirati dalla Zona di guerra.

In secondo luogo la domanda non deve esser fatta da Lei, ma dall'autorità civile che ha interesse ad ottenere il suo impiego in un dato servizio.

All'abb. n. 4724:

Non avendo raggiunti i 40 anni d'età prescritti per l'avvicendamento ordinario, non saprei citarle alcuna disposizione che autorizzi a ritenere possibile quanto Ella accenna.

All'abb. n. 2687:

Non può far domanda di revoca di esonero, essendo tale pratica di competenza dell'autorità civile da cui Ella dipende.

Unico mezzo per ottenere lo scopo sarebbe di dimettersi dalla condotta: ma Le conviene?

All'abb. n. 6172:

In generale il Ministero *passa sopra* alla idoneità condizionata nel fare le promozioni da sottotenente a tenente, ma alcuni Comandi e Corpi, evidentemente più realisti del Re, non inoltrano le domande dei condizionatamente idonei.

Circa il 3° quesito ritengo che la soluzione di esso possa dargliela soltanto la Direzione di Sanità di Bari.

Le nomine son fatte in base all'epoca in cui venne presentata la domanda che è stata presa in considerazione e non possono aver effetto retroattivo.

All'abb. n. 8280:

Nulla di vero per gli studenti di 5° anno. Può darsi che il corso venga fatto per quelli di 6°.

All'abb. n. 8396:

Sono effettivi al deposito del Corpo presso il quale prestano servizio, per tutto ciò che si riferisce alla compilazione del libretto, note caratteristiche, ecc.

All'abb. n. 6417:

Gli ultimi tenenti medici di complemento promossi capitani hanno l'anzianità: 30 aprile 1916.

Per quelli con anzianità del 1° settembre 1916 occorre ancora del tempo.

All'abb. n. 9550:

È probabile che il Comando Supremo d'accordo con il Ministero concordino qualche provvedimento, ma sarà certo commisurato ai grandi bisogni che di personale sanitario ha continuamente l'Esercito ed ora anche il Paese.

Al dott. A. P. da C.:

Dati i suoi titoli, Ella può essere nominato *capitano medico*.

Occorre però che risulti la sua idoneità incondizionata.

La promozione a maggiore poi... non si può definire quando Le verrà assegnata, ma probabilmente dopo compiuti 15 anni dalla data della laurea.

Al dott. E. B. da S. L. N.:

Gli esoneri furono revocati per tutti i medici, ed ora si stanno riesaminando i casi che meritano riconferma.

In genere se risulta che le condizioni di insostituibilità persistono immutate, l'esonero viene automaticamente ridato.

All'abb. n. 3322:

Se persistono le condizioni che hanno deciso il Ministero a darle l'esonero, questo Le verrà rinnovato automaticamente.

Al dott. D. B., Zona di guerra:

Non si tratta di quesito medico-militare.

Si rivolga all'ufficio di amministrazione del Distretto dal quale dipende, ma la risposta non sarà che negativa.

Al dott. E. A., Zona di guerra:

Gli aspiranti dentisti formano un corpo a sè e quindi non spetta loro l'indennità d'arma che spetta agli ufficiali medici del Corpo sanitario militare.

La polizza di assicurazione spetta a tutti quelli che si trovino con truppe di prima linea, qualunque ne sia il grado e la posizione militare.

Al dott. A. B. da R.:

Non vi è nessuna circolare nel senso indicato. È una norma di massima che segue il Ministero specialmente pei medici di classe anziana.

La Direzione di sanità poi non ha alcun diritto di respingerle od arrestare la sua domanda, ma deve inoltrarla al Ministero, sia pure annotandola sfavorevolmente.

All'abb. n. 4426:

Come già più volte si è detto, i due mesi di stipendio sono un diritto per i soli *impiegati dello Stato*, e tali a rigore non possono esser considerati i medici condotti.

Le modalità poi del pagamento di tali assegni sono fissate *per gli impiegati* dal decreto Luogotenenziale 16 giugno 1915 (circolari 477 e 478 del G. M. 1915). M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Il Comune di Maceratafeltria (Pesaro) cerca interino a termine guerra per condotta sanitaria del contado a cura piena. Stipendio, compresa indennità caro-viveri, annue L. 4538. Popolazione circa 2000 abitanti in territorio in collina con discreta viabilità. Distanza punti estremi km. 10. — Per trattative rivolgersi al Sindaco.

Medico-chirurgo, giovane, buona pratica condotta, esente servizio militare, eccellenti requisiti di studio, cerca buon interinato. Rivolgersi al dott. Vici Francesco, Cingoli (Macerata).

Medico trentaduenne, pratico ospedali condotte, disponibile offresi preferibilmente direzione ospedale. — Scrivere: Antonietta Serafini, via dei Volsci, 10, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A capo dei servizi sanitari militari americani è stato chiamato il generale Gorgas, che ha organizzato la profilassi della febbre gialla, della malaria e della pneumonite settica dei bovini nella zona del canale di Panama, ad Avana e nel Sud-Africa, riportando magnifici risultati.

Il dott. Giovanni Perilli, maggiore medico, *attaché* al Consolato generale italiano a Nizza, ha ricevuto la Croce dell'Ordine di San Saba di Serbia, in riconoscimento delle benemerenze aquistate durante la sua prigionia in Austria, ove egli fu nominato direttore della Sezione invalidi e tubercolotici serbi; egli prodigò le sue eccellenti cure ai prigionieri, di cui molti, restituiti all'Intesa, attualmente si trovano a Nizza, insieme al loro beneamato sanitario.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

GATTI GIOVANNI, da Montù Beccaria (Pavia), capitano medico complemento, medico di sezione del Manicomio di San Clemente (Venezia). — Durante il bombardamento, mentre scheggie di granata avversarie colpivano ricoverati e portaferiti, pur essendo stato egli stesso ferito al braccio destro, rimaneva con mirabile fermezza al proprio posto, concorrendo a far passare gli altri colpiti in luogo più sicuro ed a conservare in tutti, col proprio fermo contegno, la calma ed il sangue freddo. — Passo Stretto (Monte Ortigara), 21-25 giugno 1917.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Asp. medico GROSSO ANGELO, da Savona. — Addetto ad un battaglione bersaglieri, disimpegnò il servizio con abnegazione, fermezza e sprezzo del pericolo, dimostrandosi instancabile e portando le sue amorevoli cure ai bersaglieri che si trovavano in prima linea. Ferito alla testa non abbandonò il suo posto, ma continuò strenuamente nella sua benefica opera. — M. Semmer-altipiano Bainsizza, 18-25 agosto 1917.

CROCE DI GUERRA.

Dott. ENRICO DI POGGIO, tenente medico. — Essendo con il personale dell'Ospedaletto esposto al tiro delle batterie nemiche, si rifiutò all'ordine ricevuto di arretrarsi in zona più sicura, rimanendo a compiere l'opera sua. — Giugno-luglio 1917.

GONZALES dott. ALFREDO, capitano medico. — In molte azioni a contatto col nemico fu degno di pubblico encomio.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. TOMMASO BARTOLOTTA, ufficiale sanitario ed esercente da più che 40 anni in Mistretta (prov. di Messina), ha perduto il figlio ANTONINO, di anni 34, avvocato e consigliere di Prefettura a Perugia.

L'avv. Antonino è caduto sul monte Val Bella il 19 dello scorso giugno, mentre incoraggiava i fanti dell'eroica brigata « Regina » a respingere il nemico. Il fratello, dott. Ercole Bartolotta, è primario nell'ospedale civile di Tripoli.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Misure contro l'influenza.

Il prefetto di Torino, su conforme unanime parere del Consiglio sanitario provinciale, allo scopo di adottare misure più rigorose per la difesa della popolazione dall'influenza, ha disposto:

Che a datare dal 5 ottobre corrente, sia sospeso l'esercizio di tutti i teatri, caffè-concerto e cinematografi nella città e provincia;

Che sieno sospesi gli accompagnamenti funebri in forma solenne e con cortei numerosi;

Che sieno abbreviati, a datare dal 6 ottobre corrente, gli orari dei pubblici esercizi;

Che sia modificato l'attuale orario delle farmacie in riguardo all'ora di chiusura serale ed ai turni di riposo giornaliero e festivo.

Si è pure provveduto, d'accordo con le autorità ecclesiastiche, per la sospensione nelle chiese delle funzioni non necessarie al culto pubblico.

***

Nella città di Milano è stata resa obbligatoria la denunzia dei malati d'influenza. Sono stati sospesi gli spettacoli cinematografici e sono state attuate altre misure profilattiche.

***

La Prefettura di Roma ha disposto un servizio di vigilanza per accertare che i locali cinematografici e gli altri di pubblici spettacoli vengano quotidianamente e scrupolosamente puliti e disinfettati, con minaccia di chiusura per quelli che non ottemperano a questa disposizione. Per meglio assicurare tale servizio, il Prefetto ha nominato una Commissione di tre sanitari, con l'incarico di procedere ad ispezioni.

***

Il Ministero della pubblica istruzione ha autorizzato i prefetti a disporre la proroga della riapertura delle scuole medie della rispettiva giurisdizione nel caso che le condizioni sanitarie consigliassero il provvedimento.

In conformità a questa autorizzazione, è stata prorogata, con disposizioni prefettizie, la riapertura delle scuole primarie e medie in alcune provincie o comuni. In Roma la proroga è stata effettuata al 4 novembre, salvo ulteriori disposizioni.

***

L'Ufficio d'Igiene della città di Torino ha fatto affiggere un manifesto contenente le seguenti « Norme d'igiene individuale da osservarsi durante l'epidemia di influenza ». Le riportiamo a titolo di saggio.

1° Non derogare dal proprio tenore di vita. Inutili le pratiche per *premunirsi* ingoiando rimedî, pastiglie, od altre sostanze. Inutile (se non dannoso) il *tenersi purgati* se il corpo funziona regolarmente. Non intraprendere, senza necessità, lunghi viaggi in ferrovia.

2° Tener pulita la persona. Lavarsi sovente le mani e prender bagni, senza ricorrere a disinfettanti; il sapone e l'acqua sono i migliori detersivi

della pelle. Portare unghie corte. Lavarsi la bocca fregando collo spazzolino i denti mattina e sera, e risciacquarla con acqua, meglio se ossigenata. Potendo, non portare in casa gli abiti del lavoro. La lana e la biancheria a contatto della pelle siano ricambiate di sovente.

3° Curare la nettezza dell'alloggio, tenerlo ventilato. In casa non si deve avvertire alcun odore. La cucina e la latrina siano i locali più puliti. Scopare e spolverare a umido. Nettarsi le scarpe prima di entrare in casa. Sbattere e spolverare i panni verso il cortile e nelle ore consentite dai regolamenti.

4° Mangiar cibi, per quanto è possibile, semplici e cotti. Far bollire il latte. Lavare accuratamente la frutta e la verdura. Evitare eccessi nel mangiare e nel bere. I bevitori resistono poco alle malattie infettive.

5° Astenersi, se non per necessità, dal visitare malati, convalescenti o morti. Evitare gli agglomeramenti delle persone, per le strade, sui veicoli e nei locali chiusi, per non trovarsi a contatto con convalescenti i quali, parlando, tossendo o sternutando, possono diffondere i germi dell'influenza.

6° Evitare di esporsi a correnti d'aria col corpo sudato. Non tenere il collo soverchiamente avvolto, nè coprirsi oltre il necessario (anche a letto), a scopo di *precauzione*.

7° Nelle officine, nei laboratori, negli uffici, ecc., ciascuno concorra al mantenimento della nettezza e della ventilazione di tutti i locali, specialmente degli spogliatoi, dei refettori e delle latrine. Non si sputi sui pavimenti, nelle scale, ecc. Chi dirige sorvegli sull'igiene interna e metta a disposizione dei dipendenti vestaglie, scope, segatura umida, sputacchiere, maschere, ecc.

8° Non si sciupi il denaro nell'acquisto di disinfettanti, specialmente di quelli che emanano odore (ipoclorito, solfo, creoline, lisoformi e simili). Dovendo disinfettare locali troppo affollati (sale d'aspetto, sportelli d'ufficio, spogliatoi, refettori, ambulacri, ecc.) si lavino le pareti, gli assiti, le panche, i pavimenti con soluzione di sublimato al cinque per mille, ricordando che il sublimato è un potente veleno e che quindi deve essere affidato a persona che dia affidamento di serietà nell'uso.

9° Chi avverte mal di capo, mal di gola, dolori articolari, malessere generale, brivido di freddo, ecc., non persista a lavorare, ma si corichi e chiegga tosto il medico. Chi è guarito non abbia fretta di alzarsi o di uscire di casa, potendo ricadere, con gravi conseguenze.

10° Durante la malattia si tenga la camera ventilata giorno e notte. Le biancherie personali e da letto usate siano immerse in un mastello contenente sublimato al due per mille, da tenersi nella stessa stanza del malato: quivi sia pure un catino con sublimato all'uno per mille per lavarsi le mani il medico e le persone di assistenza; queste ultime siano limitate al puro necessario e indossino una vestaglia. Non ammettere parenti o amici a visitare, senza plausibile ragione, gli infermi. A malattia finita, coperte, materassi, guanciali, ecc., siano esposti all'aria libera e la stanza ampiamente ventilata per alcuni giorni anche durante la notte.

Nei casi gravi, e se in casa non v'è comodità di assistenza, si ricorra agli ospedali, dove si curano tanto i ricchi quanto i poveri.

L'Ufficio d'Igiene è a disposizione per eventuali istruzioni. Per soccorsi d'urgenza diurni e notturni rivolgersi alla Guardia medica municipale rivolgersi alla Guardia medica municipale.

L'Uff. san.: ABBA. *Il Sindaco*: S. FROLA.

La Prefettura di Catanzaro, ad iniziativa del dott. Amanticano, ha diramato ai sindaci ed ai sottoprefetti della provincia una serie di norme definite e pratiche.

NOTIZIE DIVERSE

Per l'igiene sociale nel dopo-guerra.

Riportiamo l'Elenco dei temi fissati nelle sedute del 6 e 7 agosto 1918 dalla Sezione per l'Igiene sociale, presieduta dal sen. F. Durante, che fa parte della Commissione per il dopo-guerra.

I GRUPPO - *Provvedimenti per la difesa sanitaria.*

Presidente: Prof. V. Ascoli.

1. Malaria:
   a) Prof. E. Bertarelli e Prof. G. Tropeano: Provvedimenti generali contro la malaria.
   b) Sen. Prof. E. Marchiafava: Legislazione antimalarica.
   c) Prof. V. Ascoli: Smobilitazione dei malarici.
2. Tubercolosi:
   a) Sen. Prof. P. Foà: L'istruzione nella lotta antitubercolare, con speciale riguardo alle scuole all'aperto.
   b) Prof. L. Simonetta: Organizzazione provinciale dei servizi antitubercolari.
   c) Prof. A. Sclavo: Influenza della smobilitazione sulla tubercolosi nel Paese.
   d) Prof. A. Lanfranchi: Utilizzazione delle carni di animali tubercolotici.
3. Tracoma: Prof. E. Bertarelli.
4. Malattie veneree: Prof. A. Ducrey.
5. Malattie di guerra (itteri, dissenteria, ecc.): Prof. V. Ascoli e Prof. A. Lanfranchi.
6. Nevrosi: On. Prof. L. Bianchi.
7. Provvedimenti per i lavoratori nelle industrie di guerra: Prof. L. Devoto.
8. Malattie infettive del bestiame, con speciale riguardo alle zoonosi: Prof. A. Lanfranchi.
9. Personale e materiale per la profilassi delle malattie infettive: Prof. A. Sclavo e Dott. E. Santangelo.

II GRUPPO - *Provvedimenti per la preparazione igienica del Paese.*

Presidente: Prof. L. Pagliani.

1. Educazione igienica: Prof. A. Sclavo.
2. Educazione fisica scolastica: Prof. L. Pagliani.
3. Organizzazione profilattica di mare e di montagna: Prof. L. Devoto.
4. Protezione della maternità: Sen. Prof. L. Mangiagalli.
5. Protezione dell'infanzia: Prof. G. Tropeano.
6. Lavoro delle donne e dei fanciulli: Prof. L. Devoto.

7. Igiene del lavoro: Prof. L. Devoto.
8. Provvedimenti per l'igiene dell'abitato: Prof. L. Simonetta.
9. Ricostruzione igienica degli abitati demoliti in guerra: Prof. L. Pagliani e Prof. E. Bertarelli.

III GRUPPO - *Provvedimenti di ordine igienico economico e di assistenza sanitaria sociale.*

Presidente: Sen. Prof. Francesco Durante.

1. Assicurazioni sociali: Sen. Prof. Pio Foà.
2. Assistenza ospedaliera: Sen. Prof. Pio Foà e On. N. Badaloni.
3. Igiene della casa: On. A. Pavia.
4. Case popolari: Prof. L. Devoto.
5. Alimentazione (malattie da carenza): Prof. G. Loriga.
6. Legislazione igienica del lavoro: Prof. G. Loriga.
7. Regolamentazione delle opere edilizie igieniche: Prof. A. Lutrario e Dott. A. Santangelo.

A questi temi altri ne verranno aggiunti nelle sedute ulteriori.

La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia è stata convocata per una riunione straordinaria, che avrà luogo nei primi giorni del prossimo novembre nei locali della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica al Policlinico Umberto I in Roma.

Non saranno discussi argomenti scientifici o pratici della specialità, ma solo *Temi prestabiliti di Ostetricia sociale,* allo scopo precipuo di apprestare gli elementi per quei futuri provvedimenti legislativi che, dopo la guerra vittoriosa, dovranno assicurare alle risorgenti energie del Paese una più vigorosa tutela della maternità ed un progressivo miglioramento delle nuove generazioni.

Alla riunione saranno pure invitati quei colleghi e quelle altre personalità, che — pur fuori dell'Associazione — notoriamente dettero studi ed attività per la risoluzione dei problemi compresi negli indicati temi di discussione.

I colleghi che credessero di suggerire nuovi temi, potranno farne parte alla Presidenza, che delibererà sulla iscrizione di essi all'ordine del giorno.

Informazioni e delucidazioni possono esser chieste al segretario, prof. Cesare Micheli (via Venti Settembre, 68, Roma).

Riportiamo l'elenco dei temi prestabiliti per la discussione:

I. L'assistenza alle gravide tubercolose e la prevenzione antitubercolare infantile. — II. L'opera dell'ostetrico nella profilassi della sifilide. — III. La protezione della gravida legittima. — IV. La protezione della gravida illegittima. — V. L'assistenza alla prole illegittima. — VI. Proposte per infrenare la sempre crescente frequenza dell'aborto criminoso e delle pratiche di neomalthusianismo. — VII. Diffusione nel pubblico di norme di igiene ostetrica a vantaggio della madre e del nascituro. — VIII. Mortalità e natalità in rapporto alla guerra.

Un corso per sanitari specialisti nei campi di aviazione.

Il commissario generale per l'aeronautica, onorevole Chiesa, ha stabilito d'iniziare prossimamente in Roma un corso speciale per ufficiali medici presso il gabinetto psico-fisiologico, al comando della scuola aviatori, allo scopo di preparare dei sanitari specialisti per visitare nei vari campi di scuole di aviazione gli allievi piloti, prima che essi partano per i grandi *raids*.

Il corso avrà la durata di un mese ed è riservato a soli quaranta ufficiali.

Per gli accertamenti sanitari ai mutilati.

Il ministro delle pensioni, on. Bissolati, d'accordo coi ministri della guerra e della marina, ha emanato una serie di disposizioni dirette a semplificare la procedura degli accertamenti sanitari in confronto dei mutilati e invalidi di guerra, pel riconoscimento o meno dell'infermità da causa di servizio, e per l'assegnazione di categoria agli effetti della concessione della pensione privilegiata di guerra.

Mentre, secondo le norme vigenti, l'accertamento s'indugiava, normalmente, attraverso le valutazioni di tre autorità sanitarie — il Collegio medico, la Direzione di Sanità e l'Ispettorato di Sanità — secondo le nuove disposizioni esso procederà più spedito attraverso, al massimo, due sole valutazioni: quella del Collegio medico e quella della Commissione provinciale di appello, in caso di ricorso dell'invalido contro le conclusioni del Collegio medico.

I Collegi medici risiedono presso ogni ospedale militare principale, per l'Esercito e per l'Armata; le loro conclusioni diventano definitive, se sono accettate dagli interessati. Gli interessati hanno sette giorni di tempo, per accettare o meno dette conclusioni. Se non le accettano, essi hanno altri sette giorni di tempo per ricorrere alle Commissioni provinciali di appello, che risiedono in ognuna delle città capoluogo di provincia, sede dei Collegi medici sopra indicati.

Infine, per documentare la dipendenza della lesione da causa di servizio, invece del verbale del Consiglio di amministrazione dei corsi, basterà d'ora innanzi una dichiarazione del Comandante di Corpo o di Reparto o del Direttore dell'ospedale. Le Commissioni provinciali di appello perdono il carattere esclusivamente militare, assumendo quello di un organismo misto, militare e civile. Infatti oltre i tre medici militari, fanno parte di dette Commissioni anche due medici civili, designati dal Ministero delle pensioni.

Le Commissioni di appello hanno sede presso gli Uffici provinciali per le pensioni di guerra, della cui assistenza medico-legale potrà avvalersi l'interessato in caso di ricorso.

Per la rieducazione funzionale e professionale degli invalidi per lesioni dell'udito.

Su questo argomento il Ministero della guerra (Direzione generale della Sanità militare) ha emanato una circolare n. 174, pubblicata nella dispensa n. 20 del *Giornale Ufficiale Militare*: ne riportiamo la motivazione e la parte dispositiva:

«... Alcune Direzioni di Sanità hanno posto il quesito se agli invalidi per lesioni dell'udito possa venir concesso il periodo di rieducazione professio-

nale, anche quando abbiano già fruito del periodo di rieducazione funzionale. Questo Ministero dispone in senso positivo, chiarendo che non è a confondersi la rieducazione labiale od acustica (funzionale) con quella professionale.

«La prima è, infatti, da considerarsi come necessario e doveroso completamento di cura, che non può confondersi affatto col diritto per gli invalidi di guerra alla rieducazione professionale, nei casi in cui questa appaia utile o necessaria».

Sviluppo delle operazioni della Cassa Nazionale Infortuni.

La Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, con sede centrale in Roma, ha, nei primi sette mesi del corrente anno — col tramite delle sue numerose sedi compartimentali, secondarie ed agenzie distribuite per tutto il Regno — emesse 22,193 nuove polizze assicuranti altri 422,158 operai; ha inoltre ricevute 60,160 denuncie d'infortunio e pagate L. 8,993,364.40 d'indennità per 60,116 casi d'infortunio, di cui 254 di morte e 4550 d'inabilità permanente.

Comitato provinciale antitubercolare.

Il prefetto di Roma ha costituito il Comitato antitubercolare per Roma e provincia, chiamando a farne parte: il presidente della Deputazione provinciale, il sindaco, il presidente della Congregazione di carità, il direttore dell'Istituto d'igiene, on. prof. Giuseppe Sanarelli, il medico provinciale prof. comm. Giuseppe Badaloni, l'ufficiale sanitario del Comune prof. Tito Gualdi, il dott. Edoardo Corbi, direttore dell'ospedale principale del Celio, il prof. Gaetano Mazzoni, col. medico della Croce Rossa Italiana, il dott. Achille Villa, delegato dell'Ufficio provinciale per le pensioni di guerra, l'on. prof. Francesco Durante, senatore del Regno, presidente dell'Opera nazionale per gl'invalidi di guerra, l'on. avv. Monti-Guarnieri Stanislao, deputato al Parlamento, presidente della Lega nazionale per i prigionieri di guerra, l'avv. Roberto Roberti, l'ing. comm. Filippo Galassi, il prof. Vittorio Ascoli, direttore della R. Clinica medica dell'Università di Roma, il prof. Alfonso Torti, direttore dell'ospedale Policlinico Umberto I, il dott. Vincenzo Magaldi, vice-presidente della Lega nazionale contro la tubercolosi, il prof. Augusto Tamburini, presidente del Comitato romano della Lega stessa.

Sotto la presidenza del prefetto, il Comitato ha tenuto la sua prima adunanza.

Furono nominate tre Commissioni con l'incarico di studiare e proporre, entro il corrente ottobre, le varie provvidenze intese a conseguire il nobilissimo scopo che il Governo si è prefisso.

Sui primi di novembre, il Comitato terrà una nuova riunione per discutere le proposte che saranno state formulate.

La Stazione elioterapica della Direzione generale della Sanità pubblica.

È già in funzione la grande Stazione Elioterapica della Direzione generale della Sanità pubblica, installata in una delle zone più ridenti dell'Istituto «per i bambini d'Italia» a Napoli.

Tale Stazione — i cui quattro padiglioni (tipo Moretti) ed il cui arredamento sono stati generosamente offerti dall'illustre comm. Lutrario che con altissimo intelletto dirige le sorti della Sanità pubblica del Regno — è la prima che funzioni in Italia con indirizzo schiettamente moderno ed eminentemente scientifico. Essa è capace di cento letti. Ha numerosi locali pel disimpegno dei servizi, ha sala di preparazione ed operazione ed ha una galleria di cura di oltre 40 metri q. coperta da una magnifica veranda di vetri. Ha infine uno spiazzale prospiciente sul golfo dal dolce pendio della collina incantevole, di oltre 2000 metri q. All'impianto ed all'organizzazione di questo così importante centro di assistenza ha atteso con speciale cura il Commissario direttore dell'Istituto prof. Giuseppe Tropeano, il quale ideando questa superba Stazione Elioterapica, ha donato all'Istituto «per i bambini d'Italia», a Napoli, alla Nazione, un'opera invidiabile di scienza e di civiltà.

Per l'igiene del lavoro delle tramviere.

Il sottosegretario per l'industria e il lavoro, on. Morpurgo, ha diramato ai Prefetti una circolare che prescrive alcune disposizioni per la tutela igienica del lavoro delle tramviere.

Una cattedra di batteriologia a Parigi.

Si è creato a Parigi un insegnamento ufficiale di batteriologia, affidando la cattedra a Fernand Bezançon.

La scomparsa repentina ed inattesa del dottore AUGUSTO SBARIGIA lascia il rimpianto nella classe medica romana. Era ben voluto dalla sua clientela del popolare quartiere Tiburtino.

È caduto vittima dell'influenza, la quale, come in precedenti epidemie, colpisce un grande numero di medici.

Alla famiglia desolata esprimiamo il nostro rammarico.

R. B.

Indice alfabetico per materie.

Afasie di guerra . . . . Pag. 972
Cuore: metodo per il giudizio sulla capacità dinamica . . . . » 965
Foruncolosi: nuovo trattamento . . . . » 978
Iniezioni endovenose: tecnica . . . . . » 970
Ittiolo nelle malattie nasali . . . . . . » 978
Ossiuri: cura . . . . » 979
Popolazione: Il problema della — . . . Pag. 980
Scabbia: cura rapida . . . . » 977
Scabbia: diagnosi rapida . . . . » 977
Trasfusioni di sangue: tecnica . . . . » 969
Ureteri: trapianto sull'intestino . . . . » 974
Uretriti: cura con saccarosio . . . . . » 971

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.

Anno XXV. Roma, 20 ottobre 1918 Fasc. 42.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Micheli e G. Satta: Sull'attuale epidemia. — **Osservazioni cliniche:** G. Bilancioni: Le mastoiditi consecutive a fenomeni da scoppio. — **Note di tecnica:** E. Pittarelli: Sull'accertamento chimico degl'itteri picrici. — **Commenti:** C. Rühl: A proposito di enteriti da Lamblia intestinalis. — **Sunti e Rassegne:** CHIRURGIA: Zapelloni: La riunione per prima delle ferite di guerra. — SIFILOGRAFIA: Werther: La contagiosità della lue congenita. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Accademia Medico-Chirurgica di Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Il significato diagnostico dell'emottisi. — TERAPIA: Sul trattamento della malaria. — Come somministrare la chinina nella malaria. — IGIENE: Le misure da adottarsi io un'epidemia difterica. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Atti parlamentari. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Medicina sociale:** L'organizzazione medica per la guerra agli Stati Uniti. — **Cronaca epidemiologica.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Sull'attuale epidemia.

Proff. F. MICHELI, ten. col. medico, e G. SATTA, aiuto nella R. Clinica Medica di Torino.

Dalle bozze di un lavoro dei proff. F. Micheli e G. Satta (1), *in cui sono riferite le molteplici ricerche dagli autori compiute in alcuni focolai di febbre dei tre giorni studiati a Torino durante le stagioni estive del* 1916, 17 *e* 18, *riproduciamo l'ultima parte del lavoro, la quale si riferisce all'odierna pandemia.*

Esclusa la febbre dengue, la febbre delle trincee, ecc., ed essendo poco probabile l'eventualità di una infezione nuova o, quanto meno, non ancora definita etiologicamente, l'attuale epidemia si potrebbe riportare o all'influenza, intesa in senso clinico, senza pregiudizio della questione batteriologica, o alla febbre dei tre giorni.

Oggi, la soluzione dell'interessante problema è in realtà facilitata dalla recente entrata in scena in varie parti d'Italia e in special modo, per quanto noi sappiamo, nel Piemonte di un'epidemia febbrile, le cui caratteristiche cliniche, anatomo-patologiche ed epidemiologiche si sovrappongono completamente a quelle dell'influenza epidemica.

L'epidemia odierna non sembra difatti che un risveglio, dopo un breve periodo di tregua, di quella dei mesi di maggio e di giugno, un di quei ritorni offensivi che non sono nuovi nella storia delle epidemie d'influenza e che C. Bozzolo (1), illustrava acutamente molti anni or sono, a proposito della famosa pandemia influenzale del 1889-90.

È dalla fine di luglio, per quanto risulta dalle nostre indagini, che nel Piemonte, ove l'epidemia febbrile, assai più mite e meno diffusa del maggio-giugno pareva estinta e non rimanevano che alcuni circoscritti nuclei epidemici di febbre dei 3 giorni, si sono venuti costituendo alcuni focolai di una forma influenzale, che ha assunto progressivamente una grande estensione, diffondendosi dapprima più largamente fra le collettività più affollate (opifici, caserme) e poi anche nelle famiglie ed assumendo qua e là un certo carattere di gravità, che ha allarmato, non senza ragioni, le autorità sanitarie e le popolazioni.

Noi ci proponiamo di fissarne brevemente le principali note epidemiologiche, cliniche e ana-

(1) F. MICHELI e G. SATTA: *Osservazioni e Ricerche sulle epidemie di febbre dei tre giorni a Torino del* 1916-17-18, *e sull'attuale epidemia di influenza*, in «Archivio per le Scienze Mediche», vol. 42°, fasc. 1-2, 1918.

(1) Riforma Medica, gennaio 1890.

tomopatologiche, quali risultano dalle nostre osservazioni personali, e di riassumere i risultati delle indagini batteriologiche e biologiche da noi compiute finora, ciò che, in un col confronto delle osservazioni raccolte in Italia e altrove da altre parti, ci permetterà di precisarne la natura e di risalire con una certa verosimiglianza all'identificazione dell'epidemia di maggio e giugno.

Epidemiologicamente, le note fondamentali dell'odierna epidemia, rappresentata dalla grande e rapida diffusibilità e dalla manifesta contagiosità da persona a persona, corrispondono appunto alle note classiche dell'influenza epidemica.

Il periodo d'incubazione, che ci fu possibile stabilire con molta approssimazione in alcuni centri epidemici all'inizio, è assai breve, oscillando fra i 2 e i 3 giorni al massimo.

E clinicamente, è l'esatta riproduzione delle multiformi sindromi dell'influenza epidemica.

Chi rilegga, oggi, i lavori relativi alla ultima famosa pandemia d'influenza del 1889-90 (1), vi può ritrovare una notevole corrispondenza di forme cliniche di decorso, di successioni e di complicazioni morbose. Anche oggi, come allora, si sono viste tutte le gradazioni d'intensità, dai casi abortivi o rudimentali e ambulatorî ai più gravi ed anche mortali e tutte le forme cliniche, in cui un po' schematicamente, a seconda della prevalenza di questo o di quel gruppo di sintomi, si è suddiviso il quadro polimorfo della influenza: la forma essenzialmente febbrile, la forma nervosa, piuttosto rara finora (non abbiamo riscontrato fin qui veri casi di encefalite o di meningite da influenza, ma solo delle sindromi meningee più o meno spiccate con liquido cefalo-rachidiano sterile e indifferente); la forma gastro-intestinale che abbiamo osservato soltanto in alcuni circoscritti focolai epidemici, in cui l'ordinaria sindrome morbosa si accompagnava fin dall'inizio a sintomi gastro-enterici manifesti (lingua saburrale, vomito, dolori epigastrici e addominali, meteorismo, diarrea, talvolta sanguinolenta), ed infine la classica forma catarrale.

Questa di gran lunga la più comune, caratterizzata, nei casi di media gravità, da una febbre più o meno elevata (d'ordinario tra i 39°-40°), che ingredisce di solito bruscamente, senza prodromi, preceduta da brividi di freddo o da senso di perfrigerazione, per poi cadere (parliamo delle forme non complicate) dopo avere presentato più o meno spiccate oscillazioni in vario senso, per crisi o per lisi rapida dopo 2-3-4-5 giorni e, accanto alla febbre, tutto un corteo di sintomi subbiettivi abbastanza caratteristico: cefalea piuttosto violenta, dolori lombari, dolori in corrispondenza dei bulbi degli occhi, dolori articolari e muscolari, bruciori o dolori di gola, tosse più o meno stizzosa, che si stabilisce in prima o seconda giornata.

Obbiettivamente: faccia congesta e suffusa, e assai spesso un vero caratteristico rossore eritematoso uniforme esteso, oltre che alla faccia, al collo e alla parte superiore del torace anteriore, assai vicino a quello descritto da Castellani nella febbre dei 3 giorni balcanica, più di rado veri esantemi roseoliformi o scarlattiniformi, tendenza ai sudori, sensorio abitualmente integro, iniezione congiuntivale, epistassi frequenti e talvolta profuse (nelle donne menorragie abbondanti e facile ritorno del flusso mestruale), iperemia del velo pendulo e delle fauci associata spesso ad arrossamento e tumefazione delle tonsille con risentimento delle ghiandole cervicali incostante, lingua patinosa, nei più polso relativamente raro in confronto della temperatura (sempre in casi non complicati), con diminuzione della tensione arteriosa e frequente dicrotismo, sintomi di corizza e, assai più costanti, di laringite (voce rauca) e di tracheo-bronchite con espettorato in terza-quarta giornata piuttosto copioso, a carattere muco-purulento, talvolta picchiettato di sangue, talvolta emorragico, cui non fanno riscontro di solito, all'esame dell'apparato respiratorio, che un respiro aspro accompagnato in alcuni casi da rumori bronchiali secchi diffusi o prevalenti da un lato, più di rado da rantoli umidi; milza solitamente impalpabile, orine urobiliniche, contenenti nei casi più gravi tracce d'albumina.

Sotto l'aspetto ematologico, la malattia, che anche clinicamente del resto presenta una indubbia affinità colla febbre dei 3 giorni, salvo i fenomeni catarrali, è caratterizzata, per quanto abbiamo visto finora in molti casi non complicati (nelle complicazioni compare leucocitosi con polinucleosi neutrofila), durante i primi 2 o 3 giorni, da un quadro strettamente analogo a quello della febbre dei 3 giorni: lieve diminuzione dell'emoglobina e dei globuli rossi, leucopenia più o meno accentuata, diminuzione e più spesso scomparsa dei polinucleati eosinofili, diminuzione assoluta e relativa dei polinucleati neutrofili, aumento dei linfociti piccoli e medi, aumento assoluto e relativo dei monociti; piastrine in numero normale.

Col cadere della febbre si stabilisce la convalescenza per solito assai protratta e penosa per la profonda astenia nervosa, muscolare e cardio-vascolare che permane per qualche tem-

(1) Cfr. C. BOZZOLO, E. MARAGLIANO, ecc., ecc.

(2)

po e per la persistenza della tosse, convalescenza qualche volta interrotta da piccole riaccensioni febbrili senza speciale significato.

La relativa gravità dell'odierna epidemia è sostenuta essenzialmente dalle successioni e complicazioni morbose, che sono del resto le solite proprie dell'influenza epidemica e, in primissimo luogo, dalle complicazioni polmonari (polmonite e bronco-pneumonite), le quali si manifestano con una frequenza assai varia nei diversi focolai e che in maniera molto approssimativa noi crediamo di poter valutare in questo momento a circa il 10-15 % dei casi.

Essendo più rara la vera pneumonite crupale, la successione morbosa di gran lunga più comune è rappresentata dalla bronco-polmonite a piccoli focolai, spesso multipli e migranti, con spiccata tendenza alla confluenza, la quale si stabilisce qualche volta precocemente in terza giornata, riattaccandosi senza interruzione alla malattia fondamentale, più spesso, un po' più tardi, dopo 1-2 giorni o anche solo dopo alcune ore di apiressia o, semplicemente, di remissioni termica (sui 38°); preannunciata di solito dalla riaccensione e dall'accentuazione della temperatura, senza o più spesso con brividi (abbastanza frequente l'erpete labiale), si svolge con un quadro che si sottrae ad ogni descrizione, tanto esso è vario da caso a caso, in rapporto colla diversa gravità dei fenomeni generali, colla variabilissima quantità, estensione, diffusione e durata dei focolai, colla varia facilità di risoluzione, coll'esistenza o meno di manifestazioni pleuritiche, assai frequenti del resto e spesso precoci, secche o accompagnate da un più o meno abbondante essudato sieroso oppure opalescente, più di rado purulento e talvolta emorragico.

Tutte le gradazioni sono possibili fra i casi più lievi, in cui un unico circoscritto focolaio bronco-pneumonico confluente è ben presto seguito dalla caduta critica della temperatura e dalla più o meno pronta retrogradazione dei fenomeni locali a quelli in cui nuovi focolai di continuo si accendono, mentre la risoluzione dei focolai primitivi è lenta e la temperatura si trascina per 10-15 giorni, di solito con forti remissioni o vere intermittenze, fino ai casi gravissimi e più o meno rapidamente mortali, i quali offrono spesso un quadro assai caratteristico ed impressionante, di cui sono i principali elementi l'aspetto tifoso-setticemico, l'intensa e diffusa cianosi, l'alto grado di dispnea, la grave insufficienza cardiaca e vascolare, l'oliguria e l'albuminuria più o meno spiccata con reperto di cellule renali, di cilindri ialini-granulosi e di globuli rossi.

È difficile valutare anche solo approssimativamente il numero dei casi mortali, la cui relativa frequenza, non solo fra i vecchi e gli avariati, ma questa volta, e con una certa predilezione, fra i giovani dai 17 ai 40 anni, è soggetta, come è noto, a variazioni notevoli anche in una stessa località, in rapporto colle varie fasi dell'epidemia, e si sottrae nei grandi centri ad ogni calcolo, non essendo obbligatoria la denuncia dei colpiti.

La mortalità è tuttavia, in confronto della diffusissima morbidità, senza dubbio abbastanza lieve, certo infinitamente più lieve della mortalità desunta dalle statistiche degli ospedali, ove non sono raccolti fra la popolazione civile che i casi più gravi e dove in genere gli ammalati arrivano in condizioni già precarie.

A Domodossola, ad esempio, che rappresenta uno dei primi centri epidemici del Piemonte e ove ci fu possibile raccogliere dati precisi anche sulla morbidità della popolazione civile, la percentuale dei casi mortali in un periodo abbastanza severo dell'epidemia, dal 20 luglio al 20 agosto, era del 5 %. E a Torino, attualmente, essa è certo al di sotto.

Comunque, ai casi mortali corrisponde, per quanto abbiamo visto fin qui, un quadro anatomo-patologico uniforme, le cui note salienti sono essenzialmente queste: intensa iperemia delle meningi, della sostanza bianca e grigia della massa cerebrale; talora emorragie ed edema del mediastino anteriore; miocardio torbido; scarso versamento di varia natura nell'uno o nell'altro cavo pleurico; tracheo-bronchite acutissima a carattere iperemico-emorragico; focolai di bronco-pneumonite acuta confluente di varia grandezza, situati prevalentemente nei lobi inferiori, talora estesi anche agli altri lobi e presentanti di frequente delle zone emorragiche; assai spesso forte edema acuto del parenchima circostante e, quasi sempre, un velo di essudato fibrinoso sulla pleura viscerale che li riveste; milza alquanto aumentata di volume, ricca di polpa; intensa congestione e degenerazione torbida dei reni e del fegato; congestione delle capsule surrenali.

Istologicamente: forte congestione dei capillari interalveolari, talora con emorragie interstiziali e parenchimatose, abbondante desquamazione degli epiteli alveolari con ricco essudato leucocitario ed, in vario grado, fibrinoso, talvolta piccoli focolai necrotici. Altre complicazioni (otite media, ecc.) sembrano per ora piuttosto rare.

Fra le manifestazioni meno abituali ricordiamo l'ittero, che abbiamo visto in qualche caso non solo in corso di polmonite o di bronco-

pneumonite, ma anche all'inizio della forma morbosa, la parotite, la pericardite fibrinosa, piuttosto eccezionale, e in vari casi una vera glomerulo-nefrite (streptococco).

Influenza adunque e influenza epidemica.

Chi confronti i documenti, finora d'altronde non molto numerosi, relativi alla forma epidemica che iniziatasi dapprima, per quanto si dice, in Spagna fin dall'aprile u. s. (d'onde il nome di *febbre* o di *grippe spagnola*), ha poi invaso con ritmo straordinariamente veloce pressochè tutta l'Europa, vi può ritrovare tutti i tratti fondamentali dell'epidemia odierna.

Accanto alle caratteristiche epidemiologiche della rapida diffusibilità e della grande contagiosità, la forma morbosa ha presentato ovunque un quadro sostanzialmente identico, pur con numerose variazioni d'intensità e una notevolmente varia frequenza di complicazioni, quali del resto l'influenza pandemica offre abitualmente in rapporto coi vari centri epidemici e sopratutto colle varie fasi del suo ciclo.

Assai benigna in Spagna, ove ha pur avuto una larghissima diffusione, egualmente benigna, almeno durante i mesi di maggio e di giugno in Francia ed in Inghilterra, l'epidemia ha assunto un carattere di assai maggior malignità, per quanto è dato sapere, in Germania e nei vari Cantoni della Svizzera.

Quivi, per quanto è noto fin qui (1), la forma morbosa, assai mite nei mesi di maggio e di giugno, si è diffusa larghissimamente nei mesi di luglio e agosto fra la popolazione militare e civile con caratteri di particolare gravità, dovuti essenzialmente, come risulta da alcune recentissime relazioni di I. Renault (2) e di Besançon (3), alla frequenza ed alla severità delle complicazioni polmonari e pleuriche. Ed è noto quanto è avvenuto in Italia.

L'epidemia si è iniziata quasi contemporaneamente in molte parti d'Italia culminando, come diffusione, fra la fine di maggio e i primi di giugno, con note in generale di spiccata benignità e con un quadro morboso sensibilmente uniforme e assai vicino a quello della febbre dei 3 giorni, con un quadro cioè corrispondente a quella forma clinica che nel nosografismo dell'influenza è nota sotto il nome forma febbrile, in cui la scena è dominata dalla febbre della durata di 2-3 giorni col solito corteo di sintomi subbiettivi, mancando o meglio essendo appena accennati e d'ordinario tardivi (per lo più verso la fine del periodo febbrile o in piena convalescenza) i fenomeni catarrali delle prime vie aeree (tosse, tracheite).

Abbiamo visto come anche ematologicamente questa forma non si distingua dalla febbre dei tre giorni.

Non sono mancati tuttavia fin dal maggio-giugno focolai epidemici, per es., fra i marinai della nostra squadra e nella piazza marittima di Taranto, in cui la forma morbosa assunse i caratteri comuni dell'influenza [G. Saccone (1), U. Delogu (2), C. Balduino (3)] e ove furono notate, accanto ad una preponderante maggioranza di forme lievi e lievissime, forme gravi caratterizzate dall'insorgenza di pneumoniti lobulari e di pleuriti, e forme gravissime e mortali (G. Saccone).

È fin d'allora del resto, anche là dove l'epidemia fu contrassegnata dalla sua grande benignità, erano riconoscibili le impronte dell'influenza attraverso sopratutto alle sue particolarità epidemiologiche e ad alcune sue note cliniche, quali la presenza assai frequente di più o meno lievi fenomeni di tracheite, sempre estranei al quadro della febbre dei 3 giorni, e qua e là, per quanto piuttosto rare e abitualmente a decorso favorevole, successioni bronco-pneumoniche o altre complicazioni di stampo influenzale (otite media, nevralgie, ecc.).

Ed è appunto sulla guida di questi dati epidemiologici e clinici che uno di noi (4), fin dai primi di giugno, rigettando l'idea di [illegible] febbre dei 3 giorni, dichiarava trattarsi [illegible]fluenza, e come influenza, del resto, fu definita, sulla stessa base, la forma epidemica dominante in Italia nella primavera scorsa da parecchi autori, da Iappelli e Pecori, da V. Sciocca (5), da Fazio (6), da A. Monti, ecc.

È poi intervenuta qua e là come abbiamo visto, dopo una tregua di circa un mese, l'attuale epidemia a suffragare il concetto dell'identità fondamentale dell'epidemia primaverile e di quella odierna, che dalla prima non differisce in fondo che per la prevalenza delle forme catarrali su quelle essenzialmente febbrili e in genere per una maggiore violenza e varietà di manifestazioni, coll'influenza pandemica.

È da aggiungere inoltre che, a derimere ogni

---

(1) Cfr. The Lancet, 3 agosto 1918.
(2) Acad. de Méd. de Paris, 6 agosto 1918.
(3) Id., 13 agosto 1918.
(4)

(1) Annali di Medicina Navale e Coloniale, f. 5-6, 1918.
(2) Id., id.
(3) Id., id.
(4) Accad. Medico-Fisica fiorentina, 6 giugno 1918. (Rivista Critica di Clinica Medica, n. 24, p. 285, 1918).
(5) Policlinico, Sez. pratica, n. 28, 1918.
(6) Rivista Sanitaria, n. 8, 1918.

dubbio, nella Clinica del senatore Bozzolo furono da noi praticate fin dai primi di giugno delle ricerche di trasmissione sperimentale dell'infezione dai malati ai sani mercè l'iniezione di 1 cmc. e oltre di siero filtrato attraverso Berkefeld, prelevato in prima giornata di malattia da 2 pazienti affetti dalla forma febbrile allora dominante a Torino e che, pur presentando molte affinità colla febbre dei 3 giorni, se ne distingueva appunto per un po' di tosse stizzosa residuante per vari giorni all'attacco febbrile.

L'esito fu negativo in tutti i 5 soggetti inoculati, così come sono riuscite costantemente negative altre ricerche da noi eseguite di recente, colle stesse modalità, col siero dell'attuale epidemia.

Solo adunque l'indubbia e talora impressionante analogia del quadro clinico delle due infezioni e la coesistenza in alcune regioni di Italia, attestata da medici valentissimi e, come abbiamo visto, indubbiamente accertata, di focolai epidemici d'influenza e di febbre dei tre giorni — questi ultimi certo più numerosi ed estesi che negli anni scorsi per risveglia di vecchi nuclei epidemici o per costituzione di nuovi d'importazione forse albanese e balcanica — può avere indotto nel concetto che le forme febbrili dominanti in Italia nella primavera scorsa fossero riconducibili ad una insolitamente estesa epidemia di febbre dei 3 giorni, mentre non erano in realtà che un episodio della pandemia d'influenza europea ed una prima fase della più facilmente riconoscibile forma odierna, che a quella si riattacca attraverso ad una sottile corona di casi singoli, che, per quanto ci risulta, non sono mai cessati interamente.

***

Ci resta a toccare brevemente il lato batteriologico della questione.

Se ormai non sussistono dubbi sull'identità clinica ed epidemiologica della dominante pandemia coll'influenza epidemica, la grande maggioranza degli autori, fuori d'Italia ed anche in Italia, hanno assegnato al concetto d'influenza un significato essenzialmente nosografico, circondando di non poche riserve il problema della sua eziologia.

Il dogma della specificità del bacillo scoperto da Pfeiffer (1892) in occasione della famosa pandemia del 1889-90, che pareva, un tempo, inattaccabile, è stato posto, difatti, e non da ora soltanto, in discussione.

Il riscontro del bacillo di Pfeiffer nel secreto naso-faringeo o nei focolai bronco-pneumonici di forme morbose diverse (morbillo, difterite, pertosse, ecc.), il suo incostante o mancato reperto in forme sporadiche od anche endemiche-epidemiche d'influenza, già rilevato in questi ultimi anni da varie parti, in Francia come in Germania, la sua mancanza di potere patogeno per i comuni animali di laboratorio, all'infuori che per la scimmia, la completa assenza di reazioni biologiche specifiche nel siero di sangue degli ammalati o dei convalescenti, rappresentano i principali fattori che hanno messo in dubbio da un lato l'unità eziologica dell'influenza (1) e dall'altro, addirittura, il significato patologico del bacillo della influenza (Sacquepée, ecc.).

E le ricerche eseguite finora, in occasione dell'odierna pandemia, non hanno certo contribuito a chiarire l'interessante problema. In complesso, la dimostrazione del bacillo di Pfeiffer è riuscita assai raramente, sia in Spagna, ove, accanto ad alcuni reperti positivi (Maranon) prevalgono i negativi e si tende a dare importanza ad un diplococco gram-negativo del tipo del micrococco catarrale, riscontrato di frequente nell'escreato, od una varietà di parameningococco, sia in Inghilterra, ove il bacillo dell' influenza non fu rinvenuto (Little, Garofalo, Williams (2), I. Burnford (3)) o solo in una piccola percentuale di casi (H. Gotoh ed E. Wittinghans (4)) e l'esame batteriologico ha messo in rilievo dei diplococchi gram-resistenti e dei cocchi gram-negativi, di cui è difficile apprezzare il valore causale, sia in Francia, in Italia e altrove.

In Italia stanno di fronte ad alcuni risultati positivi di Marcantonio a Venezia e di De Blasi a Roma (5), di A. Monti a Voghera e di qualche altro autore i risultati assai più frequentemente negativi raccolti da altre parti, per es., nella già ricordata epidemia sviluppatasi fra i marinai della nostra squadra e

---

(1) Onde la distinzione corrente nei moderni trattati di malattie infettive (G. Jochmann, P. Krause, ecc.) di influenza pandemica da bacillo di Pfeiffer, d'influenza sporadica e endemica da bacillo di Pfeiffer e di influenza sporadica e endemica di origine sconosciuta (pseudo-influenza), attribuita da molti autori a varie specie di cocchi, sole o associate (diplococco di Fraenkel, streptococco, *micrococcus catarrhalis, parameningococchi* (Friese e Müller), *diplococcus mucosus* (R. Stefan), ecc.

(2) The Lancet, 13 luglio 1918.

(3) Brit. Med. Journ., 20 luglio 1918.

(4) Id., 27 luglio 1918.

(5) Ricordato in « Annali di Medicina Navale e Coloniale », fasc. 5 e 6, 1918.

nella piazza marittima di Taranto (G. Saccone, C. Balduino).

Ed è noto che, appunto in quest'ultima epidemia, G. Saccone ha isolato in una forte percentuale di casi dal sangue, dall'escreato, dagli essudati pleurici-pericardici e meningei, dai nodi bronco-pneumonici ecc. uno speciale *micrococcus tetragenus* gram-resistente, di grandezza variabile, disposto a due o a quattro elementi (*micrococcus crassus*?), che egli ritiene la causa efficiente della malattia.

In un altro centro epidemico per contro, Salvioli e Savini (1) hanno coltivato dal sangue (brodo-bile) un cocco assai minuto, gram-negativo, disposto a coppie e a catenelle, patogeno per la cavia.

Non abbiamo notizie dirette sugli studi recenti compiuti in Germania, ove del resto la questione eziologica dell'influenza è stata discussa in questi ultimi anni in vario senso, nè sui risultati raccolti in occasione dell'odierna epidemia svizzera.

Solo, in occasione di una sua missione in Svizzera, I. Renault riferisce che l'esame batteriologico delle secrezioni bronchiali ha messo in evidenza in alcuni casi il bacillo di Pfeiffer, che non fu riscontrato invece nelle complicazioni polmonari (diplococco, streptococco).

Nemmeno la recente pandemia ha adunque rialzato le azioni del bacillo di Pfeiffer, e sembra diffusa la tendenza sia a mettere in gioco altri germi, per lo più micrococchi di varia specie, sia a ricondurre la forma morbosa ad un agente tuttora sconosciuto.

Abbiamo fatto anche noi assai numerose ricerche in vario senso, i cui risultati sono in realtà un po' in contrasto colla maggior parte di quelli riferiti finora. Li ricordiamo obbiettivamente.

L'emocoltura eseguita in prima o seconda giornata di malattia in parecchi casi non complicati scelti fra i più conclamati, in vari mezzi (agar-sangue, agar-siero, brodo, bile) ha dato sempre risultato negativo.

Un reperto di cocchi di varia specie fu ottenuto, per quanto assai incostantemente, in periodo più tardivo e in casi complicati, ma l'incostanza del reperto, la varietà stessa dei germi coltivati (per lo più diplococco o streptococco) sembra togliere ad essi ogni significato di agenti specifici dell'infezione, non rappresentando, con ogni verosimiglianza, che l'espressione di complicazioni o d'infezioni secondarie o associate, assai ben conosciute del resto nel campo batteriologico dell'influenza, il cui *virus* esalta i germi del cavo naso-faringeo e ne favorisce la mobilizzazione.

Abbiamo riscontrato invece con assai frequenza il classico bacillo di Pfeiffer, con tutte le sue proprietà morfologiche e culturali, nell'escreato, specie avendo cura di coltivare nelle piastre di agar-sangue i primi escreati emessi dagli ammalati (in quelli più tardivi lo sviluppo del bacillo può essere sopraffatto da varie specie di cocchi), ottenendo talvolta una vera prevalenza delle caratteristiche, minutissime e strettamente emofile colonie influenzali sulle colonie sempre presenti di altri germi, per solito di cocchi di varia specie (diplococco di Fraenkel, streptococco emolitico, micrococchi gram-negativi).

E con maggior frequenza ancora, in oltre il 50 per cento dei casi, abbiamo coltivato il bacillo di Pfeiffer dal succo polmonare e in specie dai focolai bronco-pneumonici di cadaveri freschissimi di alcuni prigionieri di guerra, sempre associato ad altri germi, fra cui costante il diplococco di Fraenkel, assai virulento pel topolino, molto frequente uno streptococco emolitico e relativamente più raro lo stafilococco albo o aureo.

In alcuni essudati pleurici, opalescenti o nettamente purulenti, assenza di bacilli di Pfeiffer, presenza di pneumococco e di streptococco.

Abbiamo già accennato alle ricerche di trasmissione sperimentale della malattia. In complesso, i dati principali che scaturiscono dalle ricerche da noi compiute finora possono riassumersi così:

1° Trasmissione sperimentale dell'infezione per mezzo di siero filtrato attraverso Berkefeld, negativa.

2° Negativa l'emocoltura nel periodo iniziale della malattia.

3° Riscontro assai frequente del bacillo di Pfeiffer nell'escreato di casi recenti e nei focolai bronco-pneumonici, associato al diplococco di Fraenkel e ad altre specie di cocchi, tra cui assai spesso allo streptococco.

Essi sono, come si vede, i reperti abituali di altre forme d'influenza epidemica e, senza pregiudizio della questione del valore patogeno del bacillo di Pfeiffer, contribuiscono appunto, assieme ai dati clinici ed epidemiologici, ad identificare l'odierna forma morbosa colla influenza epidemica.

Ed è sulla guida di questi reperti che noi, malgrado tutto, ci manteniamo fedeli, fino a prova contraria, al classico concetto eziologico dell'influenza.

Torino, 5 settembre 1918.

(1) Gazzetta degli Ospedali, n. 54, 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale da campo 227 — Zona di guerra.
direttore ten. colonn. Luigi Bernardi.

Le mastoiditi consecutive a fenomeni da scoppio.

Prof. Guglielmo Bilancioni, maggiore medico, capo-reparto oto-rino-laringoiatra.

Durante questa guerra ho avuto occasione di osservare numerosissime lesioni auricolari *da scoppio*: riserbandomi di raccogliere in altro momento più propizio tutte queste osservazioni con le deduzioni relative in ordine alle lesioni dell'orecchio medio e interno, desidero ora di intrattenermi brevemente — perchè di interesse più generale e anche per suscitare il consenso o meno dei colleghi che possono avere incontrato forme analoghe — sulle caratteristiche proprie alle complicanze mastoidee successive a fenomeni da scoppio.

Questi si hanno per lo sparo di grosse artiglierie o delle bombarde, per lo scoppio di gelatina esplodente, o di bombe d'aeroplani, o infine delle mine, fatte «brillare» per lavori su roccia (camminamenti, gallerie, strade, ecc.), oppure a scopo offensivo verso le trincee nemiche. Specialmente nella guerra di montagna, in Cadore, ove mi trovavo a prestare servizio, i feriti da mine agli occhi e alle orecchie erano frequentissimi, perchè — dato l'uso quotidiano di tali mezzi — i soldati avevano acquistato una imprudente e fallace familiarità con le mine stesse e non si proteggevano a sufficienza contro i loro deleterî effetti.

Da un punto di vista pratico — senza ora entrare in particolari — distinguo le *lesioni auricolari* in discorso, in quelle che *decorrono per tutta la loro durata in modo asettico* e quelle che sono *accompagnate da suppurazione*. Nelle prime si hanno lacerazioni più o meno ampie della membrana timpanica, a lembo o a stampo, con margini netti, in quadranti della miringe inconsueti nelle comuni otiti medie purulente, accompagnati da ecchimosi, da raccolte emorragiche e, infine, da più o meno transitorî fenomeni d'irritazione labirintica.

Nelle seconde la suppurazione interviene precoce, ed essa è — insisto su questo particolare da me bene accertato e che non credo accennato da altri — abbondantissima, ostinata, anche per settimane, con emissione di pus cremoso lurido, con vasta lesione della membrana e con interessamento quasi costante delle cavità mastoidee. Si unisce una profonda alterazione dello stato generale, che appare sofferente e depresso, si ha sordità grave, talora assoluta dal lato leso, spesso si hanno fenomeni labirintici imponenti. All'inizio v'è quasi sempre febbre (38°.5-39°), continua remittente, più di rado intermittente.

Ora, in queste forme di mastoidite consecutiva a otite media purulenta successiva a fenomeni da scoppio, all'atto operativo si trova una estesissima partecipazione dell'osso alla suppurazione; ma ciò che è caratteristico si è una mortificazione delle trabecole ossee che formano il contenuto del processo mammillare, sequestrate fra il pus denso e non lodevole, donde la peculiare fisionomia di queste mastoiditi di guerra, che non si veggono in tempi normali e che potremmo, sotto questo punto di vista, dirsi mastoiditi necrotiche.

Il ripetersi di questo reperto quando esisteva nell'anamnesi l'azione dello scoppio mi indusse a osservare se corresse — e in realtà si avverava — un rapporto costante tra il fattore etiogenetico e l'aspetto clinico della lesione; e in circa 300 interventi sul temporale, da me eseguiti nel servizio al fronte, ne ho potuti raccogliere una diecina di casi.

Ne riferisco alcuni:

C... G..., sergente del ... reggimento fanteria. Il 4 agosto 1917 prendeva in consegna una piazzuola per mitragliatrici, quando avvenne lo scoppio di una cassetta di gelatina esplosiva, che distrusse la caverna, uccidendo alcuni uomini e ferendone parecchi altri. Il paziente fu gettato violentemente a terra, perdette i sensi e fu accolto in questo stato nell'ospedale più vicino, dal quale il 10 agosto fu inviato nell'ospedale di tappa di ..., nelle seguenti condizioni:

Stato generale depresso, deambulazione incerta, ha febbre, lingua impatinata, ustioni di 1° e 2° grado alla metà destra del capo e del collo, ecchimosi della congiuntiva bulbare destra. Orecchio destro: ferita lacero-contusa dell'elice. Condotto uditivo esterno con pareti leggermente desquamate, bagnato da notevole quantità di pus cremoso. Membrana timpanica con ampia perforazione nel quadrante antero-inferiore, da cui fuoriesce il pus pulsante sotto pressione.

La regione mastoidea è tumefatta, a cute tesa, arrossata, dolente specie in corrispondenza dell'antro e della punta.

Nei giorni seguenti il paziente è febbricitante, ha sensorio depresso, ha inappetenza; continuano i dolori alla regione mastoidea. La temperatura serotina raggiunge spesso 39°.

Questo stato continua per altri quattro giorni.

Il sensorio appare sempre depresso, come stordito; il paziente è costretto al letto e accusa forti dolori nevralgici a carico della metà destra del volto e del capo, specie attorno all'occhio e all'orecchio di destra.

È anche dolente tutta la cute dello zigomo

e della fronte sino al vertice; prova anche qualche difficoltà nella masticazione.

Durante una lavanda del condotto acustico di destra, per liberarlo da detriti epidermici e da secreto concreto, si notano vertigini, e scosse di nistagmo nell'estrema abduzione verso sinistra. Non nausee, nè vomito.

A destra la voce conversata non è affatto percepita, anche *ad concham*.

I diapason non sono percepiti per via aerea, percepiti invece d'ambo i lati per via ossea. Il Weber è lateralizzato a destra. Il Rinne è positivo a sinistra, negativo a destra.

Romberg presente. L'infermo ha vertigini, specie nei mutamenti rapidi della posizione del corpo.

Dato il persistere dei fenomeni generali e locali, con tendenza del processo suppurativo della mastoide a diffondersi alla regione laterale del collo, il paziente si decide in fine ad accettare l'intervento.

Narcosi morfio-cloroformica. Taglio di Wilde, prolungato leggermente in basso. Scoperta la corticale, questa si vede alterata, cianotica e molto vascolarizzata. La sua consistenza è molto diminuita per notevole rammollimento esteso dell'osso. Ai primi colpi di sgorbia tutta la parete cede come se mancasse il sostegno profondo; al tempo stesso si ha fuoriuscita di notevole quantità di pus lurido. Scoperchiata la corticale si cade su un tessuto fungoso che occupa tutta la cavità mastoidea: le granulazioni miste a pus sono grigio-rossastre, friabili, lardacee: esse raggiungono in dietro il seno, il quale viene scoperto per una discreta ampiezza. Le sue pareti sono soltanto ispessite e ricoperte di essudato. In basso, verso la punta, si ha una scissura che spiega la diffusione del processo al collo. La punta stessa viene totalmente demolita, così che allontanata tutta la corticale, si osservano i muscoli digastrici come lessati. Non si osserva in corrispondenza di questi tessuti l'esistenza di pus. Si apre l'antro, che è profondo e altissimo, piuttosto piccolo.

Fatta la toletta della cavità e regolarizzata la ferita, si zaffa con garza iodoformica. Decorso post-operatorio ottimo; guarigione.

G... G..., soldato del ... B. M. T. Alla fine di luglio 1917, lavorando a dei trinceramenti sul Monte Piana, per scoppio di una granata in vicinanza, riportò lesioni auricolari bilaterali e ferite multiple, da proiettili secondari (schegge di sasso specialmente) sul volto. Ebbe otorragia, più grave a destra, lato in cui si stabilì un'otite media purulenta, ben presto seguita da dolori e tumefazione in corrispondenza della mastoide dello stesso lato.

Entra nell'ospedale di ... il 9 settembre. Soggetto in condizioni generali scadenti, aspetto sofferente, con 38°.2 di temperatura. Ha il volto deturpato da numerose cicatrici recenti e da pigmentazione della cute, con persistenza nel sottocutaneo di piccoli frammenti di schegge metalliche.

Dall'orecchio di destra si ha emissione di notevole quantità di pus giallo-grigiastro cremoso denso, misto a granuli nerastri. La M. T. è ampiamente perforata nel quadrante antero-inferiore.

La regione mastoidea è notevolmente tumefatta, a cute infiltrata e arrossata, livida, dolentissima alla pressione sull'antro, alla punta e lungo la doccia del seno. La tumefazione dalla punta si prolunga alquanto anche sul collo.

Si decide per un rapido intervento, che viene accettato.

Il 10 settembre 1917, in narcosi morfio-cloroformica, apro la mastoide, la quale è ampia e diploica. La corticale, iperemica e assottigliata, racchiudeva una enorme quantità di pus lurido, di un colorito tendente al lattecaffè, in mezzo al quale era immerso un blocco di osso spugnoso necrobiotico; con facilità si è potuto allontanare questa massa spugnosa, in dietro a contatto quasi con le pareti del seno, che risultò sano, e che in alto si continuava con quelle dell'antro. Aperto questo ampiamente e detersa la cavità della mastoide, la quale era quasi *in toto* occupata dalla formazione ossea trabecolare, suppurante e morta, si ottenne rapidamente la guarigione.

L... M... G..., soldato del ... reggimento fanteria. Per scoppio di granata, mentre era in trincea a Castanievizza, il 23 maggio 1917 si era iniziata l'otite media purulenta che perdura tuttora. Sin dall'inizio l'otite è stata accompagnata da dolori alla regione mastoidea, che, con qualche periodo di tregua e di esacerbazione, si è presentata sempre dolente e tumefatta. Di frequente ha pure vertigini.

All'E. O. si nota: condotto uditivo esterno di sinistra bagnato da notevole quantità di pus giallo-cremoso. Membrana timpanica ispessita, perforata ampiamente nel quadrante antero-inferiore; dalla soluzione di continuo esce pus sotto pressione.

La regione mastoidea sinistra è tumefatta, arrossata, dolente sia spontaneamente, e più alla pressione; l'infiltrazione e la tumefazione si diffondono verso il collo, lungo lo sterno-mastoideo.

Persistendo il dolore retroauricolare, la suppurazione copiosa e la tumefazione e l'arrossamento della mastoide e dell'inserzione dello sterno-mastoideo, si propone l'intervento al paziente, che lo accetta.

12 dicembre 1917. Operazione. Narcosi morfio-cloroformica. Disinfezione alla Grossich. Taglio di Wilde. Corticale molto spessa, superata la quale si cade in una cavità fortemente suppurante, da cui fuoriesce pus sotto notevole pressione. Tutta la mastoide, eccetto le pareti ispessite ed eburnee, era ridotta a una unica cavità che non ha nessuno sbocco, eccetto l'antro in alto ed un'ampia scissura digastrica, da cui il pus veniva a insinuarsi in corrispondenza dei muscoli cervicali, che erano infiammati e infiltrati alla loro inserzione.

Si demolisce tutta la punta e si regolarizza l'ampia breccia in modo da scoprire per un tratto di circa 3 cm. la parete della doccia del seno trasverso, a cui contatto era tessuto osteomielitico fortemente suppurante, onde le pareti del seno avevano in gran parte perduto il loro colorito grigio-acciaio ed erano ricoperte da essudato fibrinoso aderente. Il seno era pieno di sangue e non trombizzato.

Si apre quindi l'antro, che è alto, profondo e contenente pus; fatta la toletta dell'ampia ferita si zaffa con garza allo iodoformio.

Decorso post-operatorio buono; guarigione.

G... L..., soldato del ... bersaglieri. Il 21 marzo 1918 fu ferito sul Cornone, da schegge di bombe a mano durante un attacco, agli arti e al padiglione dell'orecchio destro. Non aveva mai sofferto di malattie auricolari.

Al momento in cui fu ferito cadde a terra e rimase come privo di sensi circa un'ora; notò di poi notevole fuoriuscita di sangue dal condotto di sinistra, in seguito dal medesimo orecchio ebbe scolo purulento: per 7-8 giorni ebbe febbre.

L'8 aprile 1918 entra nel reparto dell'ospedale da campo 227: ha suppurazione copiosa dall'or. sinistro e dolori alla metà omonima del capo. Individuo deperito, pallido, in condizioni generali molto depresse.

A destra: padiglione dell'orecchio con ferita suppurante e granuleggiante sul margine convesso dell'elice. M. T. retratta con piccolo punto emorragico nella *pars flaccida*.

A sinistra: condotto pieno di pus. M. T. vivamente arrossata con piccola perforazione antero-inferiore. Dolente e tumefatta la regione mastoidea, dolente la compressione in dietro, a circa 3 cm. dal meato. Temperatura 38°.3.

Si decide subito l'intervento, che viene eseguito il 9. Narcosi morfio-cloroformica. Taglio di Wilde, al quale si aggiunge poi una incisione trasversale, data l'ampiezza delle lesioni. Corticale fortemente iperemica, assottigliata in largo tratto. Demolita, fuoriesce pus lurido, abbondantissimo, dalle numerose cellule che compongono la vasta mastoide. Un grosso blocco di tessuto diploico osteomielitico appare come isolato e nuotante nel pus. Doccia del seno non prominente, attorniata da numerose cellule suppuranti, sino in alto. Antro ampio, fortemente suppurante, che viene aperto e drenato. Detersa la cavità, scoperto il seno a contatto delle cui pareti si ha pure del pus lurido; si regolarizzano i margini e si tampona con garza iodoformica.

Decorso post-operatorio ottimo; guarigione.

***

Vediamo ora di renderci ragione di questo speciale aspetto della mastoidite susseguente a fatti di scoppio: non bastano a spiegarla le cattive condizioni igieniche della vita di trincea, che possono influire sinistramente sull'orecchio.

Ritengo che debba intervenire nella patogenesi di questa forma la forte *contusione dei tessuti* apportata dallo scoppio: uno degli insegnamenti, nel campo medico, della guerra attuale è appunto il riconoscimento ancor più consapevole dell'ufficio che i tessuti ed organi *brutalisés* (come dicono i francesi) hanno nello svolgersi di accidenti settici.

E la percossa e il malgoverno dei tessuti può aversi per il solo fatto dello scoppio: come risulta dalla conoscenza dei fenomeni che avvengono nel raggio di esso. Nella loro traiettoria i proiettili provocano dietro di sè uno spazio imbutiforme di depressione atmosferica, che può esser cagione di nocumento ai viventi che si vengano a trovare in quello spazio, ai lati immediati della parabola: e ciò quanto maggiore è il calibro e la velocità del grave. Si citano casi di versamenti emorragici interni e di suffusioni congiuntivali indotte appunto dallo sfiorare — senza lesione diretta — dei proiettili. In molti traumatizzati da scoppio di granata si riscontrarono danni a carico dei vasi dei visceri e del sistema nervoso centrale: emorragie meningee e capillari del cervello e del midollo, donde sindromi multiformi con emi e paraplegie, con turbe sensitivo-sensoriali (emianopsia, ecc.), con disturbi motorî e sensitivi da patimento della coda equina. Ravaut ha bene studiato queste «ferite indirette del sistema nervoso determinate dal vento dell'esplosivo» e le emorragie interne prodotte dallo schianto, lo *choc vibratoire* dell'esplosivo stesso. Altri casi furono descritti da Arnaux, da Babinski, da Marie e Chatelin, da Guillain e Barré, da Harzbacker, da Heitz, da Pighini.

Il violento spostamento eccentrico dell'aria — *vent de l'obus* — e la relativa depressione atmosferica nel cono di scoppio sono poi notevolissimi al punto ove il proiettile esplode: tale brusca diminuzione di pressione può raggiungere i 300 mm.Hg per i proiettili dei grossi calibri e ad essa si debbono attribuire le lesioni osservate in molti soldati sorpresi nella zona di scoppio ed esenti da indizî di trauma diretto. Pighini in un fante coinvolto nell'ambito dello scoppio di una granata vide prodursi un ematoma sottodurale per lesione della meningea media di sinistra.

La causa della commozione traumatica che l'organismo subisce nell'urto esplosivo sta dunque nell'impeto dello spostamento d'aria indotto dalla *spinta eccentrica* all'istante dello scoppio e dalla *spinta concentrica reattiva*. Considerando tali funesti effetti, Sollier e Chartier ammettono che la *spinta d'aria* nella zona di proiezione dei gas di una granata può essere tanto forte da agire sull'organismo come un solido lanciato a velocità grande. L'effetto contundente dello scoppio in vicinanza, quando il soggetto non presenta lesioni superficiali valutabili e mostra segni di interne, come avviene per bombe ad alto esplosivo, si deve ascrivere sopratutto a tale «spinta».

Questa patogenesi ci è stata confermata dalla osservazione di un soldato, in cui mancò la sepsi, ma si ebbero segni evidenti di ver-

samento ematico da contusione dell'apparato acustico:

Il soldato D... Q... G..., appartenente al 2° reparto zappatori del ... fanteria, entra nel mio reparto il 18 gennaio u. s. Si riscontra perforazione della membrana timpanica da fenomeni da scoppio e probabile frattura del condotto uditivo esterno e della mastoide di destra.

Narra che il 14 gennaio sul Monte Asolone per scoppio di granata — lo scoppio avvenne a due metri circa dal paziente — è rimasto come tramortito. Ebbe abbondante otorragia a destra. Accusa ancora dolore e modica ipoacusia da questo lato; dolore che si diffonde alla regione mastoidea, specie in corrispondenza della doccia del seno.

E. O. Condotto uditivo di destra pieno di grumi sanguigni, allontanati i quali si osservano le sue pareti escoriate oltre il terzo medio; la parete antero-inferiore è tumefatta e sollevata, così che è ridottissimo il campo di visibilità della membrana, tuttavia si scorge che essa nel tratto superiore è lesa e sanguinante. La regione mastoidea è un po' tumida, la sua cute è ecchimotica, ecchimosi di varia intensità, ma che dimostrano un versamento cospicuo di sangue; esse sono estese dalla doccia del seno al solco retro-auricolare, in basso oltrepassano la punta. Tutta la regione è modicamente dolente, ma premendo con l'asticciuola di un lapis non si riesce a rintracciare l'esistenza di una linea di frattura.

La radiografia mostra opacamento diffuso della mastoide.

***

Il quadro delle mastoiditi acute da fenomeni da scoppio ha dunque per caratteristiche costanti: la complicanza auricolare si accompagna con stato generale grave, con depressione delle forze, con febbre quasi sempre continua e alta, con dolori violenti, talora a carattere emicranico e nevralgico, con facile diffusione del processo al collo, con suppurazione copiosissima lurida dal condotto, con sordità assoluta o quasi dal lato affetto, con sintomi d'irritazione labirintica. All'atto operativo si trovano lesioni estesissime, con invasione suppurativa di tutto il sistema trabecolare dell'apofisi mammillare e sovente con isolamento o sequestro necrobiotico dello scheletro del labirinto cellulare della mastoide.

Tale forma, che, operata ampiamente e presto, ha esito buono, dipende dalla violenta commozione dell'apparato auricolare per l'avvenuto scoppio.

Una conclusione d'ordine pratico consiglia l'adozione di un elmetto che protegga meglio dai proiettili d'infilata e dagli scoppi laterali al capo e alla faccia. Corrisponde a tutti questi requisiti il bellissimo elmo della statua di Bartolomeo Colleoni del Verrocchio, al quale avremmo dovuto ispirarci (fig. 1). Il casco adottato dai tedeschi, discendendo e svasandosi verso la nuca, è una derivazione antiestetica, grossolana e pesante di un tale morione e così viene a coprire gran parte della regione auricolare e mastoidea; ma miglior consiglio — una volta accolto, come abbiamo fatto, il tipo francese dell'Adrian — sarebbe quello di usare un protettore, applicabile al nostro elmetto, a tutela dell'apparato acustico e visivo.



Fig. 1. — Riproduzione della statua del Colleoni, per mostrare la protezione data dall'elmo del capitano di ventura italiano.



Fig. 2 — Elmo delle nostre truppe con il protettore oculo-auricolare.

Un modello ingegnoso e che si raccomanda molto è quello ideato dal maggiore medico

F. Putelli (1), di cui si è già parlato in questo periodico: una figura espressiva val meglio di qualsiasi descrizione del protettore (fig. 2). E poichè la guerra, a giudicare da molti indizi, si prolungherà oltre il prevedibile, ogni provvidenza atta a diminuire i pericoli e le sofferenze dei nostri combattenti deve essere bene accetta.

(1) F. PUTELLI: *Il protettore della vista dei combattenti.* Giornale di medicina militare, 1918, f. 2.

NOTE DI TECNICA.

GABINETTO DI CHIMICA E MICROSCOPIA DELL'OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI. diretto dal Colonnello E. LANZA.

Sull'accertamento chimico degl'itteri picrici.

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI.

Il difficile accertamento degl'itteri picrici, compiuto un po' dappertutto, ci ha procurato una rivista critica del prof. Scala, nel n. 12 (24 marzo) di questo *Policlinico.* I medici militari sopratutto devono esserne soddisfatti perchè in essa trovano una guida metodica e critica per la ricerca degli acidi picrico e picramico nei liquidi organici e per la giusta valutazione delle reazioni.

Siccome però lo Scala dà valore non piccolo al metodo di ricerca dei detti acidi con bleu di metilene e cloroformio, il quale, secondo quanto mi risulta, è assolutamente erroneo e fallace principalmente nell'orina, mi sembra urgente mettere in guardia i colleghi dal servirsene, specie nel campo medico-legale, che è il caso più frequente. Sta in fatto che *tutte senza eccezione* le orine dànno col bleu di metilene un composto il quale, al pari di quello che il medesimo bleu forma con gli acidi picrico e picramico, *si scioglie in verde nel cloroformio.* Questo fatto, ben verificato nel nostro Gabinetto dal collega De Intinis, scalza il metodo dalle radici. Ed è anche da escludere che il metodo anzidetto possa utilizzarsi sull'orina depurata: la depurazione, eseguita come si suole col nero animale o coi sali di piombo, di rame o di mercurio, elimina bensì un pigmento giallo che si scioglie in giallo nel cloroformio ed, unito al bleu, in verde; ma non elimina un'altra singolare proprietà che l'orina impartisce ad esso bleu, quella di renderlo solubile nel cloroformio, nel quale esso è, invece, normalmente insolubile. V'ha dunque nell'orina una condizione che può simulare e un'altra che può dissimulare la presenza di composti picrici, quando per la ricerca di essi ci si serva del metodo al bleu + cloroformio. Solo nel caso che il bleu produca un precipitato, si potrebb'essere autorizzati a dare, per probabile l'esistenza di composti picrici; ma allora la reazione è inutile, perchè, per arrivare alla precipitazione, dovrebbe l'orina contenere di essi proporzioni tali, da svelarsi agevolmente coi metodi classici ben noti.

La grande semplicità e la grande sensibilità della reazione al bleu + cloroformio mi hanno però spinto allo studio delle condizioni più opportune della sua applicabilità ai liquidi organici; e sono arrivato alla conclusione che essa, *disadatta alla ricerca diretta dei due acidi, si presta invece meravigliosamente ad estrarli dall'orina, « per identificarli poscia con successive operazioni ».*

Sono note le difficoltà che si oppongono alla estrazione dell'acido picrico dalle soluzioni acquose mediante solventi che non si mescolano all'acqua: per quanto ripetute siano le estrazioni, l'acqua resta sempre gialletta; anzi, se si agita con acqua una soluzione, per esempio, di acido picrico in benzina, *l'acqua si colora essa in giallo;* vale a dire, s'invertono le parti, ed è l'acqua che estrae l'acido picrico dalla benzina (legge di distribuzione). Invece, il cloroformio e meglio ancora l'alcool amilico estraggono dai liquidi acquosi le più piccole tracce dei composti che gli acidi picrico e picramico formano col bleu di metilene.

Questi composti — che per comodità di linguaggio chiamerò « picro-bleu » — appena formati sono gelatinosi, ma col riposo divengono nettamente cristallini, e lasciano separare facilmente l'acqua in cui si sono prodotti. Quello dell'acido picrico si scioglie nelle proporzioni corrispondenti a 1 parte di acido in 75,000 di acqua; il composto dell'acido picramico è circa 10 volte più solubile; gli acidi, forti o deboli, non influiscono sulla solubilità. Per quanto l'insolubilità del composto picrico paia e sia in sè stessa notevolissima, nondimeno non è utilizzabile analiticamente nei liquidi organici, perchè le proporzioni di acido picrico che possono incontrarsi in essi non sono mai tali da arrivare al prodotto di solubilità. Il cloroformio e l'alcool amilico sciolgono i composti nelle proporzioni corrispondenti a 5 parti di acido picrico per 100 di solvente; essi sono solubili anche, ma in proporzioni molto minori, nell'alcool etilico e nell'etere acetico; insolubili, invece, nella benzina, nel benzolo, nel toluolo, nello xilolo, nell'etere etilico e nell'etere di petrolio. Tutti i detti liquidi, dal cloroformio all'etere di petrolio, sciolgono così gli acidi picrico e picramico liberi, come la base libera del bleu; non sciolgono, invece, nè il bleu nè i pi-

crati o picramati metallici. I composti picro-bleu vengono decomposti dagli alcali, lentamente a freddo, rapidamente a caldo: gli acidi si combinano all'alcali, e la base del bleu, messa in libertà, può mettersi in evidenza con uno dei detti solventi organici, nei quali essa si scioglie in violetto.

Le soluzioni acquose sature dei composti picro-bleu sono nettamente colorate in verde, e la colorazione è percettibile anche diluendole al decimo (composto picrico) e al centesimo (composto picramico): la colorazione verde è dunque sensibile anche nelle diluzioni di 1: 1,000,000. Diluzioni maggiori non sono percettibili alla vista, ma possono svelarsi agitandole con uno dei detti solventi organici, e più specialmente col cloroformio o con l'alcool amilico: questi si colorano nettamente in verde persino con diluzioni corrispondenti a 1 parte di acido picrico in 2,000,000 di acqua. Questa straordinaria sensibilità ricorda quella dell'iodio negli stessi solventi.

Utilizzando tutte le descritte proprietà dei composti che il bleu di metilene forma con gli acidi picrico e picramico, si può costruire un metodo di ricerca, di cui ecco le linee fondamentali.

Si prenda una notevole quantità d'orina, almeno mezzo litro, si acidifichi con acido cloridrico o solforico e si scaldi sino ai primi bollori; si aggiunga del bleu di metilene fino a che il color verde, che si manifesta alle prime gocce, venga totalmente mascherato da un azzurro intenso. Si lasci raffreddare e si proceda all'estrazione dell'eventuale picro-bleu, secondo le regole comuni, con piccole e ripetute porzioni di solvente, servendosi dell'imbuto separatore. È bene usare 0.01 vol. di solvente per volta, e ripetere l'operazione fino a che il solvente più non si colora in verde: in genere, bastano 5 estrazioni. Quanto alla scelta del solvente, il cloformio produce emulsioni difficili a distruggersi, ma ha il vantaggio di prestarsi, per via della sua facile evaporabilità, a una ulteriore concentrazione degli estratti orinarii; l'alcool amilico ha il vantaggio di essere quasi del tutto insolubile nell'acqua e di emulsionarsi difficilmente. Ma, insomma, ci si può servire dell'uno o dell'altro: più comodo il cloroformio, perchè cade in fondo.

Si riuniscono le varie porzioni di solvente, e *senza lavarle* si procede su di esse alla ricerca dei composti picrici.

Abbiamo così una soluzione amilica o cloroformica di picro-bleu circa 20 volte più concentrata che non fosse nell'orina; supponendo che in questa non si trovi più di 1: 1,000,000 di acido picrico o picramico, ora avremo di essi una soluzione al cinquantamillesimo, vale a dire in una proporzione in cui le reazioni picriche sono sicure. Volendo una ulteriore concentrazione, si ripongono i solventi nell'imbuto, vi si aggiungono circa 10 cmc. di soda caustica al 5 %, e si dibatte moderatamente ma ripetutamente. Con questa operazione il picro-bleu viene decomposto; la base del bleu, liberata, resta in soluzione nel solvente organico a cui impartirà una colorazione violetta; gli acidi picrico e picramico, combinati all'alcali e resi sotto tale forma insolubili nel solvente organico, passano in soluzione nell'acqua. Per toglierne qualsiasi particella di bleu, che disturberebbe da ultimo la reazione del triamidofenolo, si agita questa soluzione due o tre volte con piccole porzioni dello stesso solvente.

Avremo così un estratto acquoso, in cui i composti picrici si trovano circa 50 volte più concentrati che non fossero nell'orina. Questo estratto si presta ora a tutte le reazioni picriche; gli estratti cloroformico od amilico non si prestano alla reazione del triamidofenolo, ma benissimo a quelle dei solfuri alcalini e del tartrato ferroso, senza che il bleu presente le turbi menomamente (esso si scolora). Circa la maniera di eseguire le reazioni, mi rimetto alla nota citata del prof. Scala.

Alle reazioni indicate dal prof. Scala ne aggiungerò una nuova, estremamente sensibile; ed è opportuno altresì ricordarne un'altra molto vecchia, ma sensibilissima anch'essa, e perfettamente caratteristica, dell'acido picrico e dei suoi derivati che contengano almeno un gruppo nitrico. Tale è la reazione della cloropicrina e della bromopicrina, dall'odore orribile, ributtante, penetrantissimo e persistentissimo, la quale si ottiene nella maniera più semplice col cloruro di calce (*cloropicrina*) o con la lisciva di bromo (*bromopicrina*) usata nell'ureometria: il cloruro di calce richiede un leggiero riscaldamento, la lisciva bromica agisce a freddo. Per questa operazione è particolarmente adatto il picro-bleu secco, che si ottiene evaporando ad aria libera l'estratto cloroformico; il bleu, che si decolora, non ostacola la reazione.

La reazione nuova consiste in una intensa colorazione giallo-verde, che si ottiene aggiungendo dell'acido persolfocianico ai prodotti dell'estrema riduzione dei composti picrici, e poscia alcalinizzando: invece dell'acido persolfocianico, non facile ad aversi sotto mano, si useranno il solfocianuro d'ammonio e il persolfato d'ammonio in soluzione acida. L'operazione va condotta come segue:

Il saggio, che può essere neutro od anche leggermente acido od alcalino, si addiziona di

un pizzico di cloruro ammonico e di un pizzico di polvere di zinco. *Questo è il mezzo più rapido per ridurre all'estremo i composti picrici.* Si agita qualche minuto e si filtra.

Se il filtrato è colorato in bleu-violaceo (ciò che avviene solo se le proporzioni picriche erano almeno di 1: 50,000), non occorre procedere ad altre reazioni: *quella colorazione caratterizza i composti picrici*, secondo la nota reazione di Rodillon ricordata dallo Scala.

Se invece sarà incoloro, o il colore è poco netto, si acidifica con acido cloridrico o solforico, e vi si aggiungono alcune gocce di solfocianuro e di persolfato, e si attende 4-5 minuti (perchè le reazioni a questo punto non sono istantanee). Il miscuglio se era bleu-viola, perde ogni sfumatura bluastra ed accentua il color viola; se era incoloro, non offre nessun fenomeno alla vista.

Si aggiunga ora dell'ammoniaca, o un altro alcali qualunque, e perfino le deboli basi organiche (anilina, ecc.) o gli ossidi e i carbonati insolubili: nel momento in cui ogni traccia di acido viene neutralizzata, il miscuglio, *se il saggio conteneva composti picrici, assume una intensa colorazione giallo-verde*, la quale, una volta prodottasi, non viene alterata nè da acidi, nè da alcali, nè da ossidanti; non precipitata da metalli pesanti; non estratta dai noti solventi organici; i riduttori la distruggono. Invece del persolfato può usarsi qualunque altro ossidante; neanche qui il bleu di metilene è di ostacolo alla reazione.

*Questa colorazione è netta ancora con le soluzioni all'*1: 500,000.

Poichè la reazione di Rodillon, come nota lo Scala, è la più caratteristica dei composti picrici, ma ha il difetto di essere poco sensibile (1: 50,000, come ho detto), la mia aggiunta, che ne esalta dieci volte la sensibilità, si rivendica per ciò solo una discreta importanza analitica.

Conchiudo col rilevare la inutilità, in queste ricerche, di distinguere l'acido picrico dal picramico: l'uno e l'altro hanno il medesimo significato, anzi l'acido picrico ingerito si elimina raramente immutato, e normalmente appunto sotto forma di acido picramico. Ai fini medico-legali sono dunque sufficienti le reazioni comuni all'uno e all'altro. Ma quando vogliasi distinguerli, si ricorra opportunamente e comodamente al difenilendanilodiidrotriazolo, che precipita ogni traccia di acido picrico ed è inattivo sul picramico, piuttostochè alle troppo circostanziate e insicure reazioni proprie all'uno o all'altro (reazione isopurpurica per il picrico, diazoreazione per il picramico).

Chieti, aprile-agosto 1918.

COMMENTI.

A proposito di enteriti da Lamblia intestinalis.

In una nota di commento, che fa seguito in questo periodico (*Policlinico*, Sez. prat., 1918, n. 34) ad una recensione di un lavoro di Goiffon e Roux, si legge:

« Sebbene non possa negarsi un qualche valore patogeno alla presenza di lamblie nell'intestino, specialmente nelle epidemie di dissenteria dei climi subtropicali, nelle quali si trova nel 100 % dei casi, ci sembra ancora prematuro o almeno non sufficientemente dimostrato affermare che delle sindromi morbose intestinali abbiano la loro unica ragione nel protozoo flagellato ».

Parmi non fuori di luogo ricordare che a conclusioni perfettamente opposte giunge in recenti pubblicazioni un nostro valente batteriologo, il Sangiorgi.

Questo autore, che già nel 1916 aveva pubblicato (*Pathologica*, 1916, n. 181) un caso di dissenteria sostenuta dalla *Lamblia intestinalis*, ed ebbe occasione di osservarne più tardi fra i militari ospedalizzati a Venezia altri 5 casi, ritornando in una sua recente pubblicazione (*Pathologica*, 1918, n. 231) sull'argomento, scrive:

« Delle dissenterie da flagellati la lambliosi è la meglio accertata. A prescindere dai casi citati nella letteratura di coesistenza di entamebe dissenteriche e di lamblie nelle feci di individui dissenterici, casi in cui il valore patogeno delle lamblie passava, a ragione, molto in sott'ordine dinanzi a quello più fondato delle entamebe, si conoscono oggidì osservazioni le quali depongono pel fatto incontestabile che la *Lamblia intestinalis* può da sola sostenere il quadro di una vera dissenteria (Rodenwaldt, Fairise e Jacquot, Schilling, Prowazek e Merter, Mathis, Kennedy e Rosewarne, Fantham e Porter, Orticoni e Nepreux, Wenyon e O'Conor, Cattherice, Vallardi). E si sa oramai che la lambliosi non è fra le più rare delle forme dissenteriche. Così Kennedy e Rosewarne l'hanno constatata 12 volte in 136 casi di dissenteria occorsi fra le truppe inglesi operanti a Gallipoli; ed ancora in soldati inglesi l'hanno segnalata Wanyon e O'Conor nel 5 %, Fantham e Porter nel 14 % dei casi ».

Torino, 1 ottobre 1918.

C. RÜHL.

Pubblicheremo prossimamente:

M. FASANO, *Sull'intervento chirurgico nelle ferite dei nervi da proiettili di guerra;*

V. MAZZI, *Umidità e perfrigerazione.*

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

La riunione per prima delle ferite di guerra.

Un quesito di terapia chirurgica che la guerra ha messo in prima linea e che tuttora è all'ordine del giorno, è quello della cura in genere delle ferite. Nessun altro, forse, al pari di esso ha trovato nei varî periodi dell'attuale conflitto mondiale soluzioni sì profondamente diverse.

In una recente pubblicazione l'Alessandri (*Giornale di medicina militare*, fasc. 8°, 1918) tratta questo argomento sulla base dei fatti personalmente osservati dal principio della campagna al momento presente, e nota appunto anzitutto come da un primo periodo di pura terapia asettica aspettante, basata sul concetto allora dominante che le ferite d'arma da fuoco non fossero, in genere, infette e che occorresse, quindi, solo proteggerle da eventuali inquinamenti esogeni, si sia a mano a mano passati per un periodo di antisepsi, ricco dei più svariati sussidii chimici e fisici, e poi per un periodo, che diremo operatorio, timido sul principio e solo indirizzato a permettere la più sicura e profonda azione degli antisettici, ma poi a poco a poco sempre più ardito e sempre più in rapporto con i dati che lo studio biologico delle ferite di guerra veniva fornendo.

Di questi dati particolarmente fecondo di utili applicazioni cliniche fu quello dello stato inattivo in cui nelle prime ore del trauma si trovano i germi portati dall'agente feritore nella compage dei tessuti (*periodo di siderazione*, periodo di infezione in potenza). Altra nozione importante fu questa, che la durata del periodo di siderazione e la intensità dei fatti settici, una volta cessato tale periodo, sono in funzione non soltanto del numero dei germi in causa e delle specie batteriche e delle varietà di associazioni microbiche e della virulenza contingente ai singoli ceppi batterici presenti nella ferita, ma pure, e in grado notevole, delle condizioni proprie alla ferita stessa: presenza o meno di tessuti mortificati, di alterazioni circolatorie, di lesioni nervose, di inclusione di corpi estranei, e così via.

La conseguenza logica di questi dati fu anzitutto la necessità di intervenire precocemente in tutte le ferite che presentino condizioni propizie alla pullulazione dei germi. Solo intervenendo prima che la sepsi siasi sviluppata e mettendo la ferita, ch'è allora imbrattata, ma non settica, in istato di potersi facilmente difendere da un eventuale sviluppo dei pochi germi rimastivi, si ha speranza di ottenere presto e bene la guarigione della ferita stessa.

Ed ecco gli sbrigliamenti sistematici e precoci, con exeresi dei tessuti contusi, lacerati, mortificati, con asportazione dei proiettili e dei corpi estranei d'altro genere eventualmente inclusi e con emostasi accurata, seguiti da trattamento asettico o antisettico (Carrel, Wright, Delbet, ecc.).

Si ottennero così rapidamente ferite granulanti, prive di secrezione purulenta, di detriti, di cenci. Naturale venne l'idea di tentare una riunione per prima secondaria di tali ferite o con cerotti adesivi riunienti i margini o, addirittura, con punti di sutura. La prudenza ed il criterio scientifico che avevano guidato il trattamento imposero dapprima una serie di esami batterioscopici: solo quando l'esame microscopico degli strisci eseguiti col secreto delle ferite dava assenti o scarsi i germi, si tentava la riunione secondaria suddetta. Ma presto si vide che il criterio clinico dell'aspetto delle ferite stesse era sufficiente e anche il laboratorio confermò innocui i pochi germi eventualmente residuati nelle ferite così trattate.

Un'ulteriore evoluzione di questa terapia delle ferite di guerra è la diretta e integrale applicazione dei dati forniti dal laboratorio. Se, nelle prime ore dal trauma, i germi si trovano unicamente lungo il tramite percorso dal proiettile, deve essere possibile, escidendo e detergendo i tessuti che con il proiettile hanno avuto rapporto ed asportando tutti i corpi estranei, trasformare la ferita anfrattuosa e imbrattata in una ferita netta e a margini facilmente e immediatamente apponibili. Alla riunione per prima secondaria venne così a sostituirsi la vera riunione primitiva delle ferite di guerra.

Si discute in Francia sulla priorità di tale idea e di tale pratica e si fanno i nomi del Gaudier e del Lemaître, dello Chaput, dell'Abadie e del Depage. Ben fa l'Alessandri a ricordare come il nostro Durante, molto prima dell'attuale guerra, nel suo *Trattato di Patologia chirurgica*, accennasse chiaramente a pratica uguale appunto a proposito della cura delle ferite d'arma da fuoco: « Dopo aver rimosso il frammento di bomba o di granata, che può trovarsi ancora in mezzo ai tessuti, si regolarizzano i margini escidendo i tessuti disfatti e si riunisce, potendolo, per prima intenzione ».

Si comprende come la riunione primitiva delle ferite di guerra richieda particolari di tecnica differenti secondo le differenti lesioni e la diversa localizzazione delle lesioni stesse. Prescindendo dalle ferite craniche, toraciche e addominali, che hanno esigenze tutte particolari, sono le ferite così dette delle parti molli e quelle

del sistema scheletrico (ossa e articolazioni), quelle in cui più frequentemente la riunione primitiva può eseguirsi.

Tenendo anzi presente, come vedremo, che tale riunione rappresenta la cura ideale delle ferite di guerra, dovrebbe dirsi ch'essa non può, ma deve eseguirsi ogni qualvolta convergono le condizioni favorevoli alla sua pratica applicazione. E fra tali condizioni non sono soltanto quelle proprie delle lesioni, ma pure quelle nelle quali ha avuto luogo il trasporto del ferito e quelle inerenti all'organizzazione della unità sanitaria in cui il ferito è accolto.

È necessario, infatti, che questi raggiunga presto, nelle prime 6-12-24 ore al massimo, una unità sanitaria in cui possa avere il soccorso chirurgico completo ed è necessario che la unità sanitaria sia organizzata in modo che per capacità di personale, per proprietà di ambiente, per ricchezza di materiale sia capace di eseguire l'intervento delicato e preciso sopra accennato e possa tenere a lungo in osservazione i pazienti così operati.

È raro infatti che le ferite così trattate seguano una evoluzione assolutamente asettica: ordinariamente vi sono fenomeni locali di lieve reazione, spesso elevazioni febbrili modiche: poi in genere questi fatti regrediscono e la guarigione avviene senz'altra complicanza. Ma talvolta occorre rimuovere un punto o qualche punto di sutura, in qualche caso tutta la sutura, insorgendo evidenti segni di infezione locale. Anche in quest'ultimo caso nulla si è, in realtà, perduto in confronto dei metodi ordinari di cura delle ferite, venendosi a trovare la lesione nelle stesse condizioni come se, dopo l'intervento, fosse stata lasciata aperta e tamponata, anzichè fosse stata suturata. Altro invece sarebbe se il ferito, una volta operato, fosse stato traslocato altrove, sottoposto a trasporti spesso disagiati e sottratto alla vigilanza di chi l'ha operato.

Interessante, ma naturale, il fatto, che questi incidenti di sepsi in ferite trattate col metodo della riunione *per primam* diminuiscono di numero a mano a mano che l'operatore eleva a sistema il metodo stesso e ne acquista intieramente la pratica.

Interessante inoltre la constatazione che tale metodo di cura delle ferite di guerra può essere applicato non soltanto nei periodi di relativa tranquillità, ma pur nelle epoche di forte afflusso di feriti. È tutta questione di organizzazione preventiva dell'ambiente chirurgico così che il metodo fin dal tempo di calma sia acquisito al tecnicismo di tutti i chirurgi dell'unità sanitaria. « Quando ci si sia fatta la mano, come suol dirsi — afferma l'Alessandri — non è difficile anche in momenti di intenso lavoro, disponendo di personale sufficiente e organizzando opportunamente i turni per non stancare eccessivamente i sanitari, continuare nel sistema abituale, cui si è già assuefatti... Anche si può aumentare, per quei periodi transitori, il personale, come si è praticato coi così detti gruppi chirurgici: occorre però che anche questi siano formati di chirurgi che abbiano già acquistato esperienza nella cura delle ferite di guerra in primo tempo, e che vadano non a costituire unità autonome, ma a rinforzare quelle già stabilite, e in cui l'indirizzo e i criteri sono già stabiliti e precisi, col cui personale siano già affiatati per la migliore utilizzazione delle forze e i più vantaggiosi risultati ».

A dimostrazione di questa possibilità di usare il metodo pur nei periodi di offensiva l'Alessandri riporta alcuni casi di fratture d'arma da fuoco degli arti trattati con la riunione primitiva nella sua Ambulanza chirurgica. Le fratture esposte sono veramente la pietra di paragone della bontà di un metodo di cura, essendo purtroppo nota la facilità e rapidità con cui in esse attecchisce l'infezione, nonchè la gravità delle complicanze che sogliono allora seguire.

Ebbene, un caso di frattura comminuta da pallottola di shrapnell della tibia destra, con ritenzione del proiettile, si presentava guarito *per primam* al 9° giorno e guarito completamente dopo un mese e mezzo; un altro con frattura delle due tibie e con ferite delle due coscie, dello scroto, del calcagno destro e dell'alluce sinistro, trattato con la riunione *per primam* di tutte queste lesioni, ne guariva perfettamente e completamente in breve; un terzo con frattura obliqua, da scheggia di granata, del femore destro, poteva venire trasferito, con piena sicurezza, in 12ª giornata.

Ma più che questi singoli casi, vale la constatazione degli ottimi risultati che l'Alessandri potè ottenere con tale metodo sistematicamente usandolo in un reparto di fratturati al nostro fronte. Risultati così evidenti che convinsero chirurgi di ospedali vicini a far proprio il metodo integralmente.

Inutile insistere sui vantaggi che avrebbe la diffusione del metodo stesso a tutte le unità sanitarie e a tutti i casi appropriati: recupero rapido per l'esercito di quasi tutti i feriti leggeri con la relativa economia dei sussidi terapeutici e riduzione delle degenze; recupero per l'esercito di molti e per la società di moltissimi feriti gravi articolari ed ossei; riduzione del numero, sempre eccessivo, degli storpi e mutilati, con la naturale ripercussione sul bilancio dello Stato e sul morale della società, ecc., ecc.

Piuttosto è bene ricordare, come fa l'Alessan-

dri, quanta parte abbia nella possibilità di applicare il metodo l'organizzazione del servizio sanitario di prima linea. In vicinanza delle linee non dovrebbero esservi che reparti chirurgici specializzati per la cura dei feriti i quali non potrebbero, senza danno, sopportare un lungo trasporto (addominali, cranici, toracici, alcuni fratturati, ecc.). Tali si prestano bene ad essere le ambulanze chirurgiche e gli ospedaletti, purchè dotati di personale chirurgico esperto, di armamentario sufficiente, di autoclave e apparecchio radiografico. Di queste unità sanitarie una ne dovrebbe stare presso ogni corpo d'armata o, anche, ogni divisione, con un'aliquota distaccata presso la relativa sezione di sanità per i soccorsi di urgenza ai feriti assolutamente non trasportabili (emorragie gravi, asfissie, alcuni addominali, alcuni toracici, fratturati gravi con *shock*, amputazioni traumatiche estese, ecc.).

La massima parte dei fratturati (articolari compresi), opportunamente sistemati con apparecchi immobilizzanti (ottime in proposito le stecche del Thomas) e tutti i feriti delle parti molli dovrebbero essere trasportati con autolettighe in centri ospedalieri di grande capacità a 30-40 o più chilometri dalle linee, così da non ingombrare la zona delle operazioni ed evitare l'attuale continuo trasbordo di un ferito da un ospedale all'altro, spesso a breve distanza dal primo, senza cernita tra feriti e feriti, così che i leggeri sono di ostacolo alla esatta cura dei gravi. Si avrebbe così un grande risparmio di personale, di medicatura e di materiale, e una semplificazione immensa dei servizî e dei trasporti. ZAPELLONI.

SIFILOGRAFIA.

La contagiosità della lue congenita.

(WERTHER, *Muenchener medizinische Wochens.*, 15 genn. 1918, p. 71, e PFAUNDLER, *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 5 febbraio 1918, p. 161).

La contagiosità della *lues congenita* viene a torto considerata come una questione secondaria nella lotta contro le così dette malattie veneree in genere.

Mentre da un lato i genitori obliano troppo spesso la loro infezione, ed invece di prevenire o cercare di evitare il pericolo attendono per così dire gli eventi, la possibilità del contagio viene dall'altro canto aumentata dalla mancanza di cure per i neonati e dalla ignoranza che in generale su questo argomento sogliono avere le persone cui si affidano i bambini. Ciò si verifica tanto più facilmente nelle famiglie di condizioni umili, nelle quali il pericolo è reso ancora più grave dalla vita in comune entro ambienti ristretti e dall'abitudine di dare in custodia i bambini lattanti a vecchi cadenti (nonni) od a ragazzi naturalmente ignari di tutto.

Anche fra i medici peraltro la possibilità del pericolo è tenuta in scarso conto, per quanto nessuno di essi dovrebbe ignorare quanto sia facile la presenza delle spirocheti sulla superficie delle papule sifilitiche e nel contenuto delle bolle di pemfigo specifico.

L'A. si riferisce in proposito ad un lavoro del Pfaundler (*Muench. mediz. Wocheschr.*, 1917, n. 17 e 18) in cui è detto press'a poco che in realtà anche i più esperti pediatri di rado abbiano occasione di constatare nella loro pratica la contagiosità della sifilide congenita, e sostiene invece che, specie in quelle città ove non esistano istituti appositi per il ricovero e la cura dei bambini eredo-luetici, casi del genere si verifichino assai più spesso di quanto comunemente non si creda.

A prova del suo asserto egli riporta 10 osservazioni personali di alcune delle quali diamo un sommario cenno.

Donna di 76 anni con sifiliderma maculo-papuloso, angina specifica. Ulcerazione (sclerosi iniziale) al dito medio della mano destra. Panadenopatia. Risulta che la paziente aveva tenuto in custodia nei mesi precedenti una bambina morta all'età di tre mesi per eredo-lue.

Bambinaia di 73 anni con sifiliderma maculoso confluente, papule erosive vulvari, ecc. Aveva avuto in custodia un bambino con papule umide perianali e R. W. positiva. Ignota la via di trasmissione: forse la mucosa della bocca o del palato.

Lavandaia di 50 anni. Da tre mesi sifiloma all'indice della mano destra, da 2 mesi esantema generale. Risulta che aveva avuto in custodia una nipotina, nata in una sala di maternità, che era stata curata per eredo-lue e che, osservata più tardi dall'A., presentava naso a sella, adenopatia, morbo di Parrot, reazione Wassermann positiva.

Seguono altre storie cliniche di cui l'ultima merita di essere riferita più in esteso.

Signora B., coniugata, trentanovenne, mette al mondo il 29 aprile 1913 un bambino sano. Questi il 14 luglio successivo viene affidato ad una balia nella quale una R. W. praticata pochi giorni prima era riuscita negativa e che porta seco il proprio figliuolo. Questo bambino, nato il 21 giugno 1913, nell'agosto successivo presenta corizza ed un'eruzione palmare e plantare, riconosciuta di natura specifica dal medico di famiglia, il quale giudica che si tratti

di eredo-lue *ex patre* e che la madre sia sfuggita al contagio. Con tutto ciò provvede ad allontanare il bambino dalla madre, ma non ad impedire che la signora B. lo porti al proprio seno per un paio di volte. Nel settembre successivo la signora B. presenta un sifiloma del capezzolo, non riconosciuto in sulle prime, e più tardi esantema specifico.

La balia, malgrado la R. W. negativa, praticata 14 giorni dopo il parto, era, come si vedrà, già sifilitica, e per questo motivo non aveva potuto contrarre essa pure un sifiloma del capezzolo dal proprio figliuolo. Il bambino della signora B., nato sano, presentò infatti una R. W. positiva nel febbraio 1914, evidentemente per *lues* contratta a mezzo della balia, la quale nel dicembre 1913 ebbe una recidiva e presentò anch'essa R. W. positiva.

Questo caso merita alcune considerazioni. Tutte queste persone furono sotto l'osservazione del medico di famiglia, il quale risulta anzitutto che non riconobbe la manifestazione primaria sul capezzolo della signora B. e ravvisò la sifilide solo quando apparve l'esantema. Egli poi non si preoccupò della possibilità che il bambino della balia, da lui effettivamente riconosciuto come eredo-luetico, trasmettesse ad altri la propria infezione, e mentre lo aveva allontanato dalla madre, non impedì che venisse attaccato al seno di un'altra donna. La balia infine fu ritenuta sana, perchè il medico giudicò di trattarsi di un'infezione *ex patre* alla quale la madre sarebbe sfuggita, e ritenne quindi che questa (la balia) potesse impunemente nutrire un altro bambino, sano, a lei affidato.

Purtroppo la R. W. negativa presentata dalla balia nei primi giorni del puerperio trasse in inganno il medico il quale, al pari di molti altri, pensò evidentemente che R. W. negativa voglia sempre dire assenza di sifilide.

L'insieme di tutti questi casi fa pensare all'A. che non sia vero quanto afferma il Pfaundler, che la trasmissione della lue da parte dei bambini eredo-sifilitici sia un fatto raro.

A questo articolo, il quale in verità non dice nulla di nuovo ed in cui anzi sarebbe stato desiderabile, a proposito del caso della signora B. e della sua balia — caso che a ciò si prestava — qualche considerazione sulla legge di Colles e sulla pretesa immunità delle madri di bambini eredo-sifilitici *ex patre*, le quali siano (o sembrino) sfuggite all'infezione, risponde lo stesso Pfaundler nella *Münch. med. Woch.* del 5 febbraio successivo. Egli dice in sostanza di aver voluto soltanto affermare che la contagiosità della eredo-lue sembra essere molto esigua in paragone di quella di tante altre malattie infettive dell'infanzia e che il pericolo del contagio può essere evitato assai più facilmente che non nella maggior parte delle malattie infettive dei bambini (morbillo, tosse convulsa, ecc.).

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta 11 *maggio* 1918.

Presiede il presidente prof. G. SPERINO.

L'atrofia dei tumori per mezzo della dieta ablastinica.

CENTANNI E. — L'O. passa in rivista i metodi tentati in questi ultimi anni per la cura dei tumori col processo atrofizzante per via generale, e cioè: l'immunizzante, il radiologico, il chemioterapico e l'opoterapico, venendo alla conclusione che nessuno è riescito a portare a risultati decisivi. L'alimentare, applicato come semplice inanizione, ha dato esso pure effetti incompleti.

Al trattamento chemioterapico l'O. ha contribuito preparando composti metallo-indolici, in seguito alla dimostrazione avuta che l'indolo, come altri prodotti della serie aromatica, era capace di azione eccitante sul tumore, e quindi poteva servire da vettore nella cellula neoplastica d'un complesso prostesico tossico. Ha ottenuto parimenti effetti parziali.

In riguardo al trattamento alimentare, l'O. si è occupato di applicare una sottrazione unilateralizzata diretta ad eliminare solo le blastine, cioè i principî che hanno ufficio specifico di regolare gli accrescimenti.

L'O. comunica i risultati delle 93 serie di prove, praticate sopra l'adenocarcinoma del topo, risultati costanti, che si elevano a quanto di più deciso ha conquistato l'oncologia sperimentale moderna. Quanto alla possibilità di estenderli ad altri tumori sperimentali e ai tumori dell'uomo, dovranno pronunciarsi le esperienze dirette da istituirsi.

Fanno osservazioni LUZZATTO, GAZZETTI e COLOMBINI.

La mutilazione nella cellula degli stomiti blastonomici come causa dei tumori.

CENTANNI E. — Data l'oscurità completa che regna sulla causa dei tumori, e come si sieno mostrate tutte caduche le teorie finora avanzate, l'O. nel periodo di tempo (1908) da che studia sperimentalmente sui tumori, ha potuto elaborare una concezione che si raccoglie in questa formola: «la cellula neoplastica non è che la cellula normale mutilata degli stomiti biastonomici», cioè che ha perduto i fissatori dei principî del ricambio che presiedono nell'organismo alla coordinazione e all'equilibrio degli accrescimenti.

L'O. illustra la sua concezione.

C. GAZZETTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Il significato diagnostico dell'emottisi.

È quasi unanime il consenso degli scrittori sul significato dell'emottisi che, escluse altre gravi lesioni evidenti, starebbe sempre ad indicare la tubercolosi; altri però suggeriscono che prima di ammettere l'origine tubercolare, si devono escludere le altre non infrequenti cause. Le più importanti fra queste (Edw. G. Glover. *The Practitioner*, agosto 1918) sono le seguenti:

1° *Dalle vie aeree superiori.* — Il sangue è di solito in piccolissima quantità: ne sono cause più frequenti le varici alla base della lingua, faringiti, congestioni laringee e tracheali; qualche volta il sangue è abbondante, come nel polipo post-nasale.

Altre condizioni sono: ulcere del palato molle, membrane mucose nasali, gengive, la piorrea saturnina o jodica, scorbuto irritazioni della lingua e della gola, catarro naso-faringeo, ecc.

2° *Dalle vie aeree più piccole e dai polmoni.* — Nella tubercolosi, la causa più frequente di emottisi, oltre le alterazioni vasali locali, è l'iperemia attiva. Così lo sono anche le altre cause che provocano comunque congestione polmonare o della mucosa bronchiale. Vi può essere una forma dovuta a sforzi oppure una forma ricorrente di origine angioneurotica.

A queste forme si possono ascrivere le emottisi che si osservano dopo violenti esercizî fisici, corsa, danza, uso di strumenti a fiato, tosse (pertosse): in questi casi però, specialmente se la causa provocante è stata leggera, trattasi spesso di forme d'origine tubercolare.

Lo sputo striato di sangue, poi, può riscontrarsi anche in alcune varietà di bronchiti, nell'enfisema, ecc. Meno importanza hanno le grandi lesioni polmonari in cui la diagnosi non offre difficoltà; invece notevole può essere il significato dell'emottisi come sintoma iniziale, p. es., nella bronchiettasia, nella sifilide polmonare, nei tumori maligni del polmone, nella cirrosi polmonare, nell'aspergillosi, nella pleurite interlobare.

3° *In conseguenza di malattie extrapolmonari*, le quali provochino congestione passiva del polmone. La causa più comune è data da vizî cardiaci, specialmente della stenosi mitralica: in tali casi, sovratutto quando la congestione è limitata ad un apice, con rantoli fissi crepitanti e smorzamento alla percussione, la diagnosi offre notevoli difficoltà. Anche l'infarto emorragico e l'aneurisma possono provocare emottisi che ricorrono insistentemente, con grandi variazioni nella quantità. Altre cause sono l'edema polmonare (sputo striato di sangue), il morbo di Bright, la cirrosi epatica, l'anemia grave, la leucemia, la porpora. Sono descritte da Osler delle emottisi che si verificano sulla mezza età ed oltre che hanno relazione con il tipo artritico.

4° *Da isterismo, mestruazione e cause sconosciute.* — Rientrano in questo gruppo le forme non tubercolari, che non si possono ascrivere ai precedenti. È più grande la difficoltà di poter escludere la tubercolosi, specialmente nel caso della mestruazione vicariante. È nota nella pratica sanatoriale la frequente congestione con piccole emottisi nei periodi premestruali e mestruali: non è improbabile che, in conseguenza di tale congestione, si possano avere delle striature di sangue anche nelle non-tubercolotiche.

In complesso si può ritenere che tutte le cause accennate si notino con una certa frequenza e non è certamente giustificata l'opinione di coloro che, in presenza di ogni striatura di sangue nello sputo, diagnosticano senza altro la tubercolosi ed ordinano magari la cura sanatoriale.

Del resto, anche se il 90 % delle emottisi fosse di origine tubercolare, ciò non starebbe ancora a provare che in un esame successivo si debbano trovare sicuramente i segni di una malattia attiva. Vi sono forme a guarigione rapida, con pochi sintomi e segni fisici, che guariscono permanentemente in 4-12 settimane. In queste tubercolosi abortive è appunto frequente l'emottisi, di cui Piery descrive tre tipi: uno detto *emottisi d'allarme*, senza che si verifichino altri sintomi o segni; un altro con sintomi e segni fisici definiti in cui si nota per pochi giorni una lieve emottisi (da qualche striatura a pochi cucchiai), ed un terzo con *emottisi ricorrenti* ad intervalli durante diversi anni senza altre manifestazioni di malattia.

Si può dunque ritenere in complesso che se l'emottisi lieve è una delle forme più comuni nella tubercolosi polmonare, anche le forme non tubercolari sono generalmente lievi. Spesso poi anche le emottisi tubercolari guariscono con notevole rapidità.

FIL.

TERAPIA.

Sul trattamento della malaria.

In una conferenza tenuta alla Società di medicina tropicale di Londra, sir R. Ross ha fissato i seguenti punti per il trattamento della malaria. Esso va classificato in: 1° *profilassi chininica antirecidivante* destinata a prevenire le recidive senza tentare di ottenere una cura assoluta ed immediata; 2° *sterilizzazione breve*, che tenta di ottenere una cura assoluta con trattamenti continuati solo per pochi giorni; 3° *sterilizzazione lunga*, che ha l'intento di curare radicalmente in un tempo più lungo; 4° *trattamento misto* e cure con medicinali diversi dalla chinina.

Il criterio per il successo terapeutico è dato dalla scomparsa delle recidive durante i periodi di osservazione, che in tutti i casi di malaria (di solito terzana lieve) furono di notevole durata.

Il trattamento comprendeva differenti preparati di chinina, somministrati per bocca, per iniezioni sottocutanee, endomuscolari, endovenose, a dosi e periodi differenti. Il risultato complessivo di tutti i trattamenti chininici è dato dal 27 % di recidive su 2500 pazienti. Il controllo è stato fornito da 192 uomini lasciati affatto senza chinina: fra questi si ebbero 89 recidive entro 26 giorni, mentre per altri 76 non si giudicò prudente continuare a lasciarli senza chinina.

La conclusione è che un trattamento breve ed intensivo con forti dosi di chinina (grani 180 = grammi 10.9 di solfato o cloridrato di chinina in tre giorni) accompagnato da riposo, stimolanti ed un buon trattamento successivo, è ben sopportato e dà una buona percentuale di guarigioni.

Lo stesso può dirsi per le cure lunghe in cui vennero somministrati 1000 grani (grammi 64.00) in quattro settimane, con grandi dosi per via endomuscolare nei primi giorni.

Ad ogni modo, però, la probabilità di recidive non è minore negli individui trattati con simili dosi eroiche che in quelli della prima categoria, a cui si davano solamente 60 grani (gr. 3.84) per settimana: dosi che davano buoni risultati sia nel prevenire le recidive che per quanto riguarda il benessere del paziente. Ad ogni modo, però, la quantità giornaliera non deve essere inferiore a 10 grani (gr. 0.64).

Nessun vantaggio particolare si ebbe in alcuno dei tre metodi di somministrazione: orale, endomuscolare, endovenosa. Le analisi chimiche dimostrano una tendenza per l'escrezione della chinina, in qualunque dose sia essa data, in modo da raggiungere una concentrazione di 7-11 grani per quarto di urina (gr. 0.43-0.744 per litro) e mostra che il medicamento non è eliminato più rapidamente se dato per bocca che quando viene somministrato per altre vie.

(*Journal of American medical Association*, 30 marzo 1918). FIL.

Come somministrare la chinina nella malaria.

A. C. MacGilchrist (*Indian Med. Gazette*, rif. in *Medical Review*, giugno 1918) mette in guardia contro l'azione irritante della chinina sulla mucosa gastrica: se il rimedio è concentrato, può persino dimostrarsi caustico. Quest'azione diviene specialmente marcata quando esiste una gastropatia.

È invalso l'uso di somministrare la chinina sotto forma di compresse o tabloidi. I tabloidi ingeriti a digiuno, cioè quando lo stomaco non contiene traccia di acidi, possono restare indisciolti anche se costituiti da un sale molto solubile, come il bicloridrato. Ciò accade in specie nelle gastropatie accompagnate da produzione abbondante di muco. Una volta varcato il piloro, è ben difficile che vengano disciolti nell'intestino: il rimedio resta inutilizzato.

La dissoluzione nello stomaco è più facile quando quest'organo è in piena attività. Quindi conviene ingerire i tabloidi durante il pasto, o subito dopo. In tal modo si ottiene anche il vantaggio che la chinina si diffonde e si diluisce in tutto il contenuto gastrico: quindi se ne attenua l'azione irritante.

Alle volte importa di ridurre al *minimum* quest'azione, nei soggetti gastropazienti. In tali casi conviene abbandonare del tutto i tabloidi, perchè, giungendo a contatto della mucosa gastrica e dissolvendovisi lentamente, determinano *in situ* una concentrazione massima del rimedio, sicuramente dannosa. Val meglio di ricorrere alle soluzioni diluite, le quali possono essere propinate senza inconvenienti anche a digiuno.

L'assorbimento della chinina comincia nello stomaco; ma ivi è minimo, dovuto solo alla diffusibilità del rimedio. Se questo è somministrato in soluzione od in tabloidi costituiti da sali molto solubili, passa quasi immediatamente nel sangue e dopo 20 minuti si ritrova già nell'urina: ma solo in scarse tracce.

I sali di chinina, dunque, passano quasi integralmente dallo stomaco nell'intestino. Qui la base precipita. Essa è insolubile in acqua, ma è solubile nella bile: ciò spiega, secondo l'A., l'utilità dei colagoghi nella cura della malaria.

L'efficacia della tintura di Warburg — efficacia riconosciuta da moltissimi medici — si do-

vrebbe appunto al fatto che essa contiene due o tre colagoghi; siccome questi sono purgativi, è molto opportuna l'aggiunta dell'oppio, come astringente: l'oppio contrasta l'azione purgativa e così impedisce che la chinina venga eliminata prima che si sia avuta la possibilità di un assorbimento completo (*).

L'A. caldeggia molto l'uso di questa tintura, che ha fatto le sue prove nelle Indie, nell'Inghilterra, negli Stati Uniti.

L'assorbimento della chinina attraverso l'intestino è lentissimo: se somministrata in soluzione ed a stomaco vuoto, la concentrazione nel sangue raggiunge il massimo dalla 3ª alla 7ª ora; se somministrata col cibo, in genere il massimo è raggiunto più tardi, dalla 6ª alla 12ª ora. L'eliminazione urinaria è ancora più lenta: 24 ore dopo la somministrazione di una singola dose, si ritrovano ancora tracce apprezzabili dell'alcaloide nel sangue.

Da queste nozioni l'A. deduce che, per mantenere un'alta carica di chinina nel sangue, conviene di ripetere la somministrazione del rimedio, per bocca, ogni 8 ore.

La natura del sale importa poco, allorchè la somministrazione ha luogo durante i pasti o subito dopo. Infatti la chinina trova sempre nello stomaco l'acido cloridrico che la solubilizza (ove si eccettuino i casi di anacloridria). Stando così le cose, val meglio di ricorrere al solfato, che è il più economico dei sali di chinina. È anche il meno dannoso per lo stomaco, perchè si dissolve lentamente.

L'A. preferisce la via orale, più semplice e che darebbe i migliori risultati.

Dal punto di vista pratico egli ha emanato le seguenti istruzioni agli ufficiali medici delle truppe indiane:

Negli attacchi acuti di malaria somministrare tre dosi al giorno di 0.6-1.0 grammi (10-15 grani); poi continuare con dosi di 0.3 grammi (5 grani), mattina e sera, per vari giorni.

Le ricadute sono rare nei soggetti in buone condizioni generali e con forti poteri difensivi; viceversa, gli strapazzi, la cattiva salute generale, ecc., provocano facilmente le ricadute. Quindi gli ex-malarici dovranno attenersi ad una buona igiene generale.

L'igiene generale costituisce al tempo stesso anche un'ottima risorsa profilattica.

La profilassi chininica, imposta a tutto un reggimento, comporta sciupio di tempo, di denaro e di lavoro, se fatta quando non si osservano nuove infezioni; quando queste si manifestano, val meglio curare i colpiti, volta per volta, secondo il piano sopra esposto, e profilassare con la chinina solo i soggetti deboli, ricorrendo alle somministrazioni discontinue di dosi alte (1 grammo due volte al giorno per due giorni consecutivi ogni settimana).

Secondo l'A., si avrebbero però delle prove che dopo sei mesi incirca di somministrazione si determinano disturbi funzionali e anemia.

L. V.

IGIENE.

Le misure da adottarsi in un'epidemia difterica.

Specialmente quando l'epidemia si è sviluppata in una scuola, diversi metodi sono, secondo Francis H. Kelly (*The practitioner*, agosto 1918), a disposizione dell'igienista:

1° *La chiusura della scuola.* — Evidentemente questa misura, che è una confessione d'impotenza, è l'ultima da prendersi: vi sono avverse le autorità scolastiche, le famiglie ne sono spaventate, e poi non è a dire che sia certamente efficace, poichè l'epidemia può ugualmente diffondersi. Essa non deve venire adottata che quando si sia convinti che il sistema sanitario della scuola è veramente difettoso.

2° *L'iniezione profilattica di antitossina* fatta su larghissima scala. A tale sistema l'A. è contrario per diverse ragioni. Anzitutto l'immunità così prodotta dura al massimo tre settimane, mentre poi non ha effetto alcuno sui portatori. Quando poi, passato il periodo dell'immunità, si presenti il bisogno di fare una nuova iniezione di antitossina, perchè si è sviluppata la difterite nel soggetto, si presenta altresì il pericolo di anafilassi. Inoltre dovendo fare le iniezioni ad un considerevole numero di persone, non è improbabile che in qualcuna si sviluppi la malattia da siero, di cui viene poi più o meno incolpato il medico. Da ultimo la spesa a cui si va incontro è tutt'altro che lieve.

3° *L'esame batteriologico della gola e del naso* di tutta la comunità: di solito questo viene limitato agli individui del quartiere in cui abita lo scolaro infetto. Tale misura, sebbene teoricamente seducente, non risponde bene in pratica.

Il bacillo difterico esige 16-20 ore di coltura per

(*) La tintura antiperiodica di Warburg è molto complessa (cfr. *British Pharmaceutical Codex*, 1911, p. 1396); ma generalmente si prepara in forma semplificata, per es.: aloe, radice di angelica, rizoma di zenzero ana 4; zafferano, canfora ana 0.3; radbarbaro 2; spirito diluito 100; si fa macerare per alcuni giorni, alla colatura si aggiunge solfato di chinina 2 (cfr. *Real-Enzyklopädie der ges. Pharmacie*, vol. XII, p. 217 e 588).

venire identificato: si aggiunga il tempo necessario per l'esame batteriologico, tutt'altro che indifferente quando si tratta di molti casi, ed il tempo che trascorre per mandare i tamponi al laboratorio, e si vedrà che debbono passare 36-48 ore prima di avere il responso. In questo frattempo i portatori hanno infettato altri portatori, come si prova con i successivi esami e l'epidemia si diffonde, mentre poi si deve procedere all'isolamento di molti individui che, pur sentendosi bene in salute rimangono portatori per parecchie settimane.

L'A. per ciò si oppone fermamente a questo sistema, a cui si potrebbe ricorrere solo quando si potesse praticarlo su ogni individuo per quattro giorni successivi, con una somma spaventosa di lavoro e di spesa.

4° L'A. propone quindi di rinunciare a tutti questi metodi ed *adottare solamente dei rimedî locali* per la gola e per il naso. In tal modo egli potè debellare una epidemia di difterite sviluppatasi in una scuola di 200 ragazzi, con molti portatori mescolati a casi recenti di difterite. L'uso dei rimedî locali è sufficiente, salvo forse in pochissimi casi, per impedire lo sviluppo dell'infezione. Tali rimedî consistono nel gargarizzarsi due volte al giorno con clorato di potassio (1: 40) e nel fare doccie nasali con bicarbonato di sodio e borace (ana 1: 200). Ogni individuo appartenente alla scuola (scolaro, insegnante, inserviente) deve assoggettarsi a tali misure che danno poco disturbo, richiedono poca spesa e sono realmente efficaci.

Ad ogni modo il resultato negativo dell'esame del tampone deve esigersi prima della riammissione alla scuola, per ogni individuo che sia stato ammalato. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(989) *Sulle piodermiti.* — Al dott. A. Gioia, Zona di guerra:

Sotto la denominazione di piodermiti si comprendono le lesioni infiammatorie della pelle dovute ai microbi abituali della suppurazione, streptococchi e stafilococchi.

Esse possono essere secondarie, sovrapporsi cioè a lesioni cutanee preesistenti, come accade per le suppurazioni che complicano l'eczema, l'acne, la prurigine, il pemfigo, la tricofizia, ecc., oppure sono primitive, cioè insorgono primitivamente sulla cute sana (ectima, impetigo, follicoliti, ecc.).

Si consulti l'articolo di F. TRÉMOLIÈRES, « Pyodermites », nella *Pratique dermatologique*, volume IV, pag. 173. Masson et C., éd., Paris.

V. MONTESANO.

(990) *Sulla cura precoce della sifilide.*

Il dott. Augusto Ganoni, abb. n. 5964, scrive: Nel n. 37 della *Berl. klin. Woch.*, 1904, l'Hutchinson consiglia di somministrare il mercurio appena accertata la diagnosi del sifiloma iniziale, in forma di pillole ed in piccole dosi, e di seguitare la somministrazione per circa due anni senza interruzione. Così procedendo, egli dice che in dieci anni di pratica i suoi malati non hanno presentato della sifilide che il solo fenomeno iniziale: l'ulcera.

Ora io che non posseggo il numero di tale giornale, e che non conosco il tedesco, desidererei conoscere la formula precisa di tali pillole.

In genere si usa il protojoduro di Hg (1-5 centigr. *pro die*, a periodi di 30-60 giorni alternati a periodi di riposo), che risponde assai bene ed è preferibile al sublimato corrosivo, anch'esso adoperato talvolta sotto forma pillolare (1 centigr.). M.

(991) Agli abbonati n. 9595 e 9858:

Trattazioni recenti, in lingua italiana o francese, di ostetricia e ginecologia sono:

E. BUMM: *Trattato completo di Ostetricia*, traduz., III ediz. — Milano, Soc. Editr. Libr., 1915. L. 30.

F. LABADIE, LAGRAVE et F. LEGUEU: *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, IV ediz. — Parigi, F. Alcan, 1914. Fr. 30.

E. FORGUE et G. MASSABAU: *Traité de Gynécologie.* — Parigi, J.-B. Ballière et fils, 1916. Fr. 27.

T. ROSSI-DORIA: *Ostetricia moderna.* — Presso l'amministrazione del « Policlinico », 1917, L. 7.

R. CINAGLIA: *Compendio di Ginecologia moderna.* — Ibidem, 1913. L. 7.

G. CRISTALLI: *Manuale di Ostetricia.* — Napoli, Casa Editrice Sebezia, 1915. L. 12.

C. CASSIOLI: *L'Ostetrico pratico.* — Roma, E. Armani, 1917. L. 15. R. B.

(992) Al dott. P. P., Zona di guerra:

Un ottimo « formulario terapeutico » che risponde ai desiderati da lei espressi è quello di A. RUBINO, sesta edizione.

Meno voluminoso ma anche meno completo è quello del GOGGIA. *t. p.*

I quesiti pel « Doctor Justitia » e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BERTEIN P. e NIMIER A. *Les premières heures du blessé de guerre.* Un vol. in-16° di pag. 144 con figure (Collection Horizon). — Masson et C.ie ed., Parigi. Prezzo L. 4.

Sul trattamento delle ferite di guerra s'è scritta ormai una intera biblioteca. Scarsi però sono i consigli forniti sulle primissime cure da prestarsi presso la stessa linea del fuoco, sullo stesso campo di battaglia, sul trasporto dei feriti anche durante l'attacco, sul funzionamento dei posti di soccorso. Mentre invece è ovvia l'importanza di tali nozioni, poichè spesso dal modo con cui è fatta la prima assistenza dipende l'avvenire del ferito.

Gli AA. danno in questo libro utile ed interessante il frutto della propria esperienza vissuta a lungo nelle trincee al posto di soccorso; il funzionamento del servizio sanitario reggimentale, il trasporto del ferito, le prime cure (medicazione, provvedimenti contro le emorragie, lo *shock*, ecc.) vi sono studiati con vero senso di praticità.

Gli AA. propongono delle modificazioni all'organizzazione esistente, nel senso della divisione dei servizî medici propriamente detti da quelli chirurgici; i primi dovrebbero far parte integrante del corpo di truppa e possono essere molto ridotti. I servizî chirurgici invece dovrebbero dipendere direttamente dal settore ed esplicarsi in posti chirurgici avanzati, in cui dovrebbe essere assicurata la medicazione asettica di tutte le ferite, l'immobilizzazione delle fratture, il riposo degli ammalati con *shock*, l'arresto operatorio della emorragia (nessun ferito dovrebbe uscire da tale posto con un laccio costrittore), ed ogni intervento che offra carattere di assoluta urgenza. I. P.

L. FIAUX. *L'armée et la police des mœurs, biologie sexuelle du soldat, essai moral et statistique.* — Editore F. Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 6.

L'A. tratta con molta larghezza e ricchezza di dati le quistioni sociali che sono in rapporto alla profilassi delle malattie veneree, che ricevono dalle guerre tanto incremento.

In una prima parte l'A. fa la storia della diffusione delle malattie veneree negli eserciti e nella popolazione civile durante i periodi nei quali gli eserciti erano prevalentemente mercenari. In una seconda parte espone quale beneficio sia derivato alla polizia dei costumi e quindi anche alla profilassi antivenerea dalla istituzione degli eserciti nazionali.

Da queste esperienze storiche si possono trarre i suggerimenti per una lotta efficace contro le infezioni celtiche.

L'A. sostiene che una condizione di successo è la bilateralità, ossia l'applicazione della profilassi ad ambo i sessi. La responsabilità, che va di pari passo con la bilateralità e la libertà, appare come l'unico fondamento per un vero sistema di protezione reciproca. L'insegnamento morale ed in difetto di questo la legge penale deve colpire colui o colei che vien meno al suo dovere pubblico e privato.

Il libro termina con un progetto di legge concernente la prostituzione e la profilassi delle malattie veneree. *a. a.*

GANDY e RICAUD. *Petite guide formulaire du médecin mobilisé.* — Editore A. Maloine et fils, Parigi.

Gli autori hanno condensato in piccolo volume e senza lusso di erudizione tutte le nozioni terapeutiche indispensabili per l'ufficiale medico che presta servizio al fronte.

La pratica affatto nuova della guerra attuale ha messo in evidenza nuove forme morbose, ha reso comuni lesioni prima assolutamente rare fuori dell'esperienza di molti medici. Da ciò la necessità di nuovi procedimenti terapeutici, che in questo manuale sono sobriamente descritti insieme ai vecchi. È un libro che divulgando le nuove conoscenze rende il medico capace di fronteggiare le nuove esigenze della guerra. *a. a.*

SAINT-PAUL. *Le rôle mondial du médecin militaire.* — Editore F. Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 3.50.

Dopo aver definite le funzioni del medico militare ed averne rilevata la importanza ai fini bellici l'A. indica per il corpo sanitario dell'esercito nuove vie di attività piene di promesse molto fruttuose. Studiando molto accuratamente i caratteri etnologici, economici, politici e sociali delle varie colonie francesi, il Saint-Paul dimostra che il medico per la sua stessa cultura è il pioniere coloniale per eccellenza, tanto che nelle colonie bisognerebbe del medico fare l'amministratore, il diplomatico, il capo ed eventualmente anche il commerciante e l'industriale. L'A. espone tutto ciò con tale chiarezza, con tale forza di argomenti e con tale spirito di convinzione, che convince e persuade: tanto che anche chi si accinge a leggere il libro con una certa diffidenza per la pretenziosità del titolo, finisce per riconoscere che il Saint-Paul ha ragione. *a. a.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Per i medicinali.

L'on. Casolini ha interrogato il ministro dell'Interno «per conoscere come si provvederà all'impressionante scomparsa del chinino di Stato e allo enorme, ingiustificato rincaro dei medicinali più comuni».

L'on. Carboni ha interrogato il ministro dell'Interno «se non creda opportuno vigilare sulla fabbricazione di alcuni medicinali, i quali risultano sforniti di qualunque efficacia medicamentosa, e non sono che un illecito mezzo di lucro, a danno dei sofferenti».

Sull'epidemia influenzale.

L'on. Maffi ha interrogato il ministro dell'interno «per sapere quali provvedimenti di natura sociale intende il Governo adottare contro l'estendersi e l'aggravarsi dell'attuale endemia e se, in concreto, per salvaguardare quelle resistenze individuali che sono minate dal sopralavoro non crede di dover sospendere ogni forma di lavoro notturno, fino a che non siano migliorate le condizioni generali sanitarie; e se, parimenti, non ritenga necessario a ricostituire, per quanto è possibile, la igiene domestica, attuare tutti i provvedimenti capaci di restituire al normale andamento famigliare l'elemento femminile largamente sottratto alla famiglia».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7459) *Mantenimento della cavalcatura.* — Dott. V. R. da C. O. — Dal momento che il capitolato, da Lei tacitamente accettato, pone a carico del medico condotto il mantenimento della cavalcatura, mediante determinato annuo compenso, Ella non può esimersi da tale obbligo. In vista dell'elevato prezzo dei foraggi, che Le rendono quasi impossibile di compiere adeguatamente il dovere che si è assunto, può chiedere con apposita istanza al Consiglio comunale un congruo aumento.

(7460) *Supplenza in caso di infermità - Obbligo di sostenerne la spesa.* — Dott. N. V. da A. — In caso di infermità, spetta la supplenza gratuita solo a chi è titolare della condotta ma non a chi è un semplice interino. A nostro avviso ha legalmente agito il Comune concedendo a Lei, infermo, la supplenza gratuita per la condotta in cui è titolare e facendosi rimborsare della relativa spesa in quella in cui è semplicemente interino.

(7461) *Pensioni.* — Dott. U. F. da M. — Il servizio interinale vale unicamente per acquistare il diritto alla pensione, ma non è computato nel calcolo della pensione stessa. Il servizio interinale di medico condotto prestato prima della entrata in vigore della legge sulle pensioni, non viene calcolato nella liquidazione della medesima. Il Comune ben può nominare un interino per un solo anno e non per la intera durata della guerra, giacchè, come Ella osserva, tale nomina non darebbe mai diritto alla stabilità.

(7463) *Aumento di stipendio - Indennità cavalcatura.* — Dott. A. D. L. da P. — Se la condotta che Ella temporaneamente esercita è priva di titolare, e non già se questi sia assente o sotto le armi, può ottenere l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Occorre, però, analoga deliberazione del Consiglio comunale. Il succitato Decreto Luogotenenziale non prevede aumenti delle indennità di cavalcatura. Però esso può essere ugualmente concesso dal Consiglio comunale in vista dello accresciuto prezzo delle materie che occorrono per adempiere adeguatamente agli obblighi assunti circa l'esercizio della condotta. Per ottenere l'uno e l'altro miglioramento, bisogna presentar domanda al Sindaco pei provvedimenti del Consiglio comunale.

(7464) *Indennità cavalcatura.* — Dott. T. A. G. da S. M. a M. — L'indennità di calvalcatura non è stipendio e però cessa col cessare del servizio per cui è corrisposta. Poichè durante i tre mesi di congedo per infermità, Ella non farà uso della cavalcatura nello interesse del Comune, non ha diritto alla corrisponsione della somma stabilita per mantenerla. Con i dati esposti liquiderà la pensione annua di lire 1410.

(7465) *Consulti medici - Obblighi dei condottati.* — Dott. A. F. da T. E. — Il medico condotto non può rifiutarsi dal prender parte ai consulti medici, richiesti dalla famiglia dello infermo. In caso di gran lavoro professionale può egli mettere condizione circa il giorno e l'ora del convegno, allo scopo di regolare le proprie cose e non venir meno all'adempimento del proprio dovere versi gli altri. Erroneamente Ella crede che la partecipazione ai consulti esorbita dalle ordinarie funzioni di un medico condotto. Per ovviare allo inconveniente lamentato dello eccessivo lavoro per soverchio condensamento dello elenco dei poveri, in caso di condotta residenziale, non vi è altro mezzo che chiedere congruo aumento di stipendio di ufficio ai termini dell'art. 26 della legge sanitaria. Crediamo che allo stesso mezzo possa ricorrersi pel medesimo scopo in caso di condotta piena.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2352:

Ella avrà diritto alla nomina a capitano allorchè avrà compiuto i 15 anni di esercizio professionale, e cioè dopo il 1° dicembre di quest'anno.

Trascorsa tale data, può quindi avanzare domanda al Ministero della guerra.

All'abb. n. 6534:

Il regolamento del servizio sanitario in guerra tratteggia a grandi linee quale deve essere il funzionamento dei posti di medicazione reggimentali in genere.

Circa poi i particolari cui accenna il collega essi vengono disciplinati dal direttore del servizio sanitario reggimentale, a seconda delle varie circo-

stanze, che sfuggono ad una regolamentazione generica. Se il comandante di battaglione ordina cosa che l'ufficiale medico subalterno creda non giusta, egli potrà, *dopo aver eseguito l'ordine*, reclamare al comando del reggimento.

All'abb. n. 9846:

Una circolare dell'Intendenza, più volte citata, raccomanda alle Direzioni di Sanità delle grandi unità di curare l'avvicendamento di sei in sei mesi del personale sanitario di prima linea con quello delle retrovie.

Naturalmente tale avvicendamento è subordinato alle esigenze di servizio; queste potranno ostacolare per qualche tempo il suo effettuarsi, ma non impedirlo in via assoluta. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Concorsi a premio.

31 dic. 1918. — Istituto Lombardo. — Cause della pellagra e natura dei miasmi e contagi (L. 2500).

31 dic. 1918. — R. Istituto Veneto di Scienze. — Premio Minich (L. 5000). Correlazioni funzionali delle ghiandole a secrezione interna.

1° aprile 1919. — Istituto Lombardo. — Modificazioni indotte dal pneumotorace nel polmone normale e patologico (L. 864).

31 dic. 1919. — R. Istituto Veneto di Scienze. — Premio Cottereto (L. 10,000). Per i migliori apparecchi di protesi artificiali.

1° aprile 1920. — Istituto Lombardo. — Quale importanza abbiano avuto le ferite di guerra del sistema nervoso centrale e periferico per i progressi delle cognizioni sull'anatomia fisiologica del sistemma nervoso (L. 2000).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Onorificenze conferite ai membri della Croce Rossa britannica.

Alla sede della Croce Rossa britannica in Roma il senatore Giuseppe Frascara, presidente della Croce Rossa italiana, accompagnato dal maggiore generale medico comm. dott. Giuseppe Brezzi, direttore generale, e dal colonnello medico comm. prof. Cesare Baduel, ispettore principale, ha consegnato personalmente al colonnello Sir Courtauld Thomson, commissario generale per l'Italia e per l'Oriente della Croce Rossa britannica, la medaglia d'oro al merito della Croce Rossa italiana, ed ha conferito all'onorevole Sir Arthur Stanley, capo commissario della Croce Rossa britannica, l'alta onorificenza della Croce al merito della Croce Rossa italiana.

Medaglie d'argento al merito della Croce Rossa italiana furono conferite ai signori G. M. Trevelyan, C. B. E., comandante dell'Unità n. 1: F. W. Sargant, comandante dell'Unità numero 2; K. Cookson, comandante dell'Unità numero 3; dott C. S. Brook, già comandante dell'ospedale di Villa Trento; G. Young, ufficiale dell'Unità n. 1.

Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro.

Ufficiali: Fusari prof. Romeo, Torino.

Cavalieri: Bottazzi prof. Filippo, Napoli; Giacosa prof. Pietro, Torino; Lugaro prof. Ernesto, Torino; Monti prof. Achille, Pavia; Sacchi dott. Giuseppe, Torino.

Ordine della Corona d'Italia.

Grand'Ufficiali: Lustig prof. Alessandro, Firenze; Roth prof. Angelo, Napoli.

Commendatori: Alessandri prof. Roberto, Roma; Angelini prof. Achille, Roma; Ascoli prof. Vittorio, Roma; Baiardi prof. Daniele, Torino; Bianchi prof. Vincenzo, Napoli; Binaghi prof. Roberto, Cagliari; Cassini prof. Eugenio, Roma; Clivio prof. Innocenzo, Pavia; Devoto prof. Luigi, Milano.

Ufficiali: Colombini prof. Pio, Modena; Gallerani prof. Giovanni, Camerino; Gemelli prof. Agostino, Pavia; Kobylinsky prof. Moisè, Genova; Marchesini prof. Rinaldo, Roma; Novi prof. Ivo, Bologna; Sgobbo prof. Francesco, Napoli; Tanzi prof. Eugenio, Firenze; Vicarelli prof. Giuseppe, Torino.

Cavalieri: Allaria prof. Giovanni Battista, Torino; Boccasso dott. Giov. Battista, Torino; Boeri prof. Giovanni, Cagliari; Bosellini prof. Pier Lodovico, Sassari; Cattarina prof. Attilio, Genova; Cavallaro prof. Giuseppe, Firenze; De Blasi prof. Luigi, Palermo; Ferrata prof. Adolfo, Napoli; Radaelli prof. Francesco, Cagliari; Staderini prof. Rutilio, Catania.

ALBO D'ORO.

Al dott. FERDINANDO CIPOLLONE, tenente medico, di Lanciano, sono state conferite due onorificenze al valore militare.

Ne riportiamo le motivazioni:

Medaglia di bronzo, sul campo per i fatti di Capo Sile nel maggio scorso: «Ufficiale medico di un battaglione bersaglieri, sempre in prima linea, sempre primo fra i primi per il suo entusiasmo, per il suo sprezzo del pericolo: calmo, sereno nel disimpegnare il suo preziosissimo servizio sanitario, sebbene prestasse l'opera sua sotto violentissimo bombardamento nemico, durato parecchie ore».

Medaglia d'argento, sul campo per la resistenza sul Piave del giugno scorso: «Tenente medico di battaglione, diede prova di grande coraggio e di alto sentimento del dovere, prestando l'opera sua sotto violento fuoco di artiglieria e di mitragliatrici nemiche. Nei momenti in cui la sua opera di sanitario non necessitava, fu mirabile combattente, offrendosi volontariamente anche a portare nella linea ordini e munizioni».

Il Ministro della guerra francese in nome del Presidente della Repubblica ha conferito un diploma d'onore con medaglia di bronzo al dott. TOGLIANI COSTANTINO, capitano medico in congedo temporaneo, per l'assistenza prestata ai feriti e malati francesi quale capo-riparto dell'Ospedale militare francese di Verona.

MEDICINA SOCIALE.

L'organizzazione medica per la guerra agli Stati Uniti.

In un discorso tenuto all'Associazione medica americana (un'associazione che comprende 81,000 dei 145,000 medici degli Stati Uniti), il presidente Arthur Dean Bevan ha fatto presente la grande necessità di medici nell'Esercito americano. Già la classe medica aveva risposto, in modo più largo e più pronto di ogni altra professione, alle prime richieste, per cui 25,000 medici circa sono già arruolati: sono necessarî però per quest'anno altri medici, in modo da arrivare a circa 30,000, ossia al 22 % della totalità dei medici stessi.

Gli Stati Uniti sono, per ora, il più grande serbatoio di medici, ciò che si comprende pensando allo stato in cui si trovano gli altri belligeranti, avuto riguardo specialmente all'irregolarità ed alla insufficienza dei corsi universitari in questi anni di guerra. Ivi per ora gli studenti degli ultimi anni continueranno senza interruzione i loro corsi, e ai più anziani si daranno degli insegnamenti speciali in chirurgia militare. Se poi, in seguito, si verificasse un bisogno assoluto di medici, si adotterà il sistema dell'insegnamento continuato, arrivando a diplomare l'individuo in tre anni.

Il problema di trasformare i medici civili in militari è stato dapprima risolto con la creazione di tre campi speciali in cui vengono impartite le istruzioni speciali di chirurgia militare e per il servizio delle unità d'ambulanza e d'ospedale. Ora invece tutto il personale di sanità (ufficiali e soldati) è concentrato in una sola grande università, capace di 40,000 uomini, dove i soldati ricevono l'istruzione necessaria per il servizio delle grandi e piccole unità, gli ufficiali ricevono l'istruzione militare e quella professionale speciale per i loro nuovi doveri.

L'organizzazione è stata diretta dal generale medico Gorgas, coadiuvato dall'ammiraglio Braisted, e dal generale Blue per il servizio della Sanità civile.

Importante era anzitutto il mantenere buona la pubblica salute durante una mobilitazione che ha improvvisato un esercito di 5 milioni. I risultati non potevano essere migliori: mentre nella mobilitazione giapponese, che si cita come modello, si ebbe il 21 ‰ di mortalità, in quella americana essa è stata minore del 10 ‰. Vi sono state bensì epidemie di morbillo, di orecchioni, di meningite, però con una mortalità minima, inferiore a quella che si osserva nella vita civile.

Anche il problema venereo è stato affrontato coraggiosamente, e, pare, con successo, giacchè la frequenza delle malattie veneree sarebbe circa la metà di quella che si osserva fra la popolazione civile della stessa età.

Speciali sforzi richiede la lotta contro le bevande alcooliche e per questo l'Associazione chiama a raccolta i medici tutti, i quali debbono cooperare intensamente contro l'insidioso nemico che è l'alcool.

Un altro problema serio, posto dalla guerra, è quello dell'assistenza all'infermo, per cui si richiedono da 25,000 a 40,000 infermiere (*nurses*), che non è possibile distogliere da quelle già in servizio civile, nè attendere le nuove diplomate, per cui occorrono, in tempi normali, tre anni di studio. L'A. propone quindi che, come si pratica per gli ufficiali delle armi combattenti dei corsi di istruzione *accelerati* di tre mesi, altrettanto si faccia per le infermiere. Vi sono migliaia di giovani donne bene educate e capaci, che sono ansiose di offrire i loro servigi alla patria: un corso intensivo di tre mesi può renderle benissimo in grado di prestarsi con notevole utilità.

Altri problemi da affrontare sono quelli della salute pubblica civile, della ricostruzione e rieducazione dei mutilati, e quello dei medicamenti, per cui l'A. si augura che, per mezzo di uno sviluppo industriale e di dazî protettivi, gli Stati Uniti si rendano indipendenti sotto tale riguardo, e possano costituire il centro produttore per le due Americhe.

***

Nell'organizzazione della professione medica per la guerra deve essere assicurata una condizione fondamentale *sine qua non;* noi, dice l'A., dobbiamo entrare in questa guerra, non solo capaci professionalmente, ma col 100 % di lealtà. «Noi siamo in guerra con un'autocrazia barbara e brutale. Il popolo americano non voleva la guerra: è solo dopo che il governo tedesco ha ucciso la nostra gente, ha distrutto la nostra proprietà ed ha disprezzato le nostre proteste, che ci siamo preparati a difenderci contro la Germania, come l'individuo si difende contro l'assassino, contro il predone e contro il ladro. I tedeschi e gli austriaci, che hanno scelto come soggiorno gli Stati Uniti, debbono optare per la patria di nascita o quella di adozione; parecchi hanno già fatto la loro scelta e sono stati accettati come leali americani; gli altri debbono essere ricercati ed internati ed è dovere di ogni medico e di ogni associazione medica di aiutare in questo il governo almeno per quanto riguarda i membri della professione. Le società mediche tedesche vanno senz'altro disciolte: non si deve permettere nè ora nè per il futuro la propaganda tedesca; il mondo ne ha avuto abbastanza di questa cosa mostruosa.

Esiste invero una grande fratellanza internazionale della scienza; a parte che migliaia di medici degli Stati Uniti hanno ricevuto la loro educazione professionale in Francia, Inghilterra, Germania, Italia, Svizzera, nell'ammirazione per i grandi spiriti animatori della scienza, per un Pasteur, un Jenner, un Koch, non si riconoscono confini. Altro però è il contegno che si deve avere verso la classe medica tedesca. Noi non potremo mai tendere la destra di colleghi fino a che il popolo tedesco continui a servire il suo governo brutale, barbaro ed autocratico.

Non v'è alcun dubbio che sulla Germania ricada la responsabilità della guerra, ma per quanti sofismi essa adduca in proposito, nessuno può avere il minimo valore per l'America: solo dopo ripetuti oltraggi, questa si è convinta di trovarsi di fronte ad un'autocrazia organizzata che non conosce altra

legge che quella della jungla, ed un'autocrazia e ad un popolo che vogliono derubare i loro vicini dei campi, delle officine, delle miniere, che uniscono la moralità degli Unni con la scienza del ventesimo secolo, che sono posseduti dall'insano egotismo di essere scelti da Dio come strumenti per incivilire con la *Kultur,* non per mezzo dell'educazione e della scienza, ma col pugno di ferro e con la spada.

L'inimicizia che il tedesco si è così creata non è di un giorno: essa non terminerà con la pace, ma sarà duratura e significherà per la Germania l'isolamento da ogni relazione sociale e commerciale, con tutti gli alleati, fino a che essa si sia purgata del suo delitto e domandi umilmente un posto fra le nazioni rette dal popolo.

Questo è il messaggio che i medici americani mandano a quelli tedeschi.

Ai colleghi del Belgio, della Francia, Inghilterra, Italia, Russia, ecc., a tutte le nazioni, che in risposta agli oltraggi della Germania si sono unite in guerra contro di essa, i medici americani inviano il messaggio di tener duro e di avere coraggio. L'America colla sua popolazione di un centinaio di milioni di individui liberi, si è organizzata in una gran macchina militare, e dà tutte le sue risorse per questa guerra. Essa viene con chiara coscienza, con una sana mentalità nazionale, con un cuore saldo, con un braccio forte, per vincere questa guerra in pro della civiltà e dell'umanità.

(Dal *Journal of the Amer. med. Assoc.*).

Fil.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Sull'epidemia d'influenza.

Riportiamo larga parte di un comunicato all'Ufficio d'Igiene del Comune di Roma:

Poichè si tratta della malattia la più diffusibile, *morbus omnium maxime epidemicus,* per la sua grande contagiosità anche nelle forme leggere e quasi latenti, per la facile propagazione del germe nell'atmosfera e rapidamente invadente le popolazioni per la breve incubazione e la grande suscettibilità a prendere la infezione, si comprende che le misure profilattiche non sono riuscite in tutte le nazioni, in tutte le città, a circoscrivere, a soffocare la epidemia; come si riesce per altri mali contagiosi, quali il vaiuolo, il colera, la peste, ecc., e come può ottenersi eziandio nella stessa influenza, quando si pratichi l'isolamento completo, per esempio nei conventi, nelle prigioni, nelle case di campagna.

Evitare la vicinanza degli ammalati di influenza, astenersi dal frequentare luoghi affollati e specialmente chiusi, la nettezza della persona, degli abiti, delle case, degli oggetti, la sobrietà in tutto, specialmente nelle bevande alcooliche, le disinfezioni bene eseguite, sono i mezzi precipui per la difesa dalla infezione.

Si continui la vita abituale nel lavoro moderato evitando gli strapazzi.

Non esiste un rimedio specifico dell'influenza, nè per la profilassi nè per la cura.

La scrupolosa pulizia della bocca e i gargarismi detergenti e disinfettanti (come l'acqua ossigenata diluita o poche gocce di tintura di jodio in un bicchiere di acqua) devono entrare nella pratica comune.

Si eviti peraltro di fare lavande eccessive delle vie nasali con sfregamento della mucosa, potendosi avere un effetto contrario, cioè, il più facile attecchimento del germe.

Le disinfezioni nelle case, nei laboratori, negli stabilimenti industriali, nelle stazioni, nelle sale d'aspetto, nelle scuole, ecc., devono essere fatte lavando bene i pavimenti con soluzione di soda o potassa o calce a seconda della natura dei pavimenti, limitando l'uso di disinfettanti irritanti e pericolosi come il creosoto, l'acido fenico, la formalina, il sublimato ai soli casi indicati dai medici; poichè tali sostanze irritanti delle vie respiratorie, se non adoperate in modo conveniente, possono invece che prevenire, facilitare l'attecchimento del germe della malattia. Il semplice spruzzamento di liquidi, anche disinfettanti, sui pavimenti e negli ambienti è assolutamente inutile, talora molesto e dannoso come in altri tempi i suffumigi di cloro che si praticavano nelle stazioni ferroviarie durante le epidemie di colera.

Si raccomanda la disinfezione delle biancherie dei malati con bucato di liscivia bollente. Gli ammalati sputino sempre in un recipiente contenente una soluzione disinfettante e anche di calce. L'abitudine di sputare sul pavimento è sempre da evitarsi, ma molto più nella influenza perchè è un mezzo di diffondere la malattia.

Mentre si può parlare di una cura igienica della influenza non è altrettanto di una cura medicinale, perchè questa varia secondo i casi, secondo le forme cliniche, secondo le condizioni individuali. Il farlo può essere più di danno che di utilità.

Il malato febbricitante deve mettersi in letto sicuro che il pronto necessario riguardo ha grande efficacia ad abbreviare il corso della malattia e a prevenire le complicazioni della influenza, la quale nella grandissima maggioranza dei casi ha decorso breve e benigno.

Anche nella cura della influenza si presta fede da molti alla utilità di generose quantità di vino e di cognac. È questo uno sbaglio pernicioso, perchè l'alcool aumenta il dolor di testa, l'ambascia e le altre sofferenze ed agevola l'insorgenza delle complicazioni polmonari e nervose. Piccole dosi di vino generoso possono utilmente somministrarsi come rimedio eccitante negli stati di grave debolezza circolatoria, che talvolta si manifestano in alcune complicazioni.

L'assistenza sanitaria si è intensificata per quanto è stato possibile, assumendo in servizio tutti i medici disponibili, facendo funzionare gli ambulatorî anche in alcune ore del pomeriggio, fornendo i sanitari di mezzi di trasporto e dando loro in aiuto infermieri ed infermiere; senonchè anche i medici, e purtroppo non pochi, sono stati colpiti dalla influenza e non è facile poterli sostituire prontamente.

L'influenza e l'Ufficio del lavoro del Comune di Roma.

L'assessore per l'Ufficio del lavoro del Comune di Roma, comm. Leonardi, preoccupato, nell'attuale periodo epidemico, delle condizioni di molti laboratori ed opifici spesso non rispondenti alle norme stabilite nei regolamenti, come è stato rilevato anche dall'Ufficio d'igiene, ha disposto, d'accordo con gli assessori di questo Ufficio, prof. Marchiafava e Pediconi, che i sanitari addetti all'Ispettorato medico del lavoro, procedano ad un rigoroso accertamento delle condizioni igieniche di tutti i laboratori in cui si esercitano industrie.

Pel servizio sanitario nella Provincia di Roma.

Per provvedere ad urgenti esigenze sanitarie in molti Comuni della provincia dove, per richiamo sotto le armi o per malattia, sono assenti o impediti i medici titolari, la Prefettura ha rivolto calda preghiera a medici, farmacisti, infermieri che fossero liberi e disposti a prestare l'opera loro, di presentarsi nell'ufficio del medico provinciale.

Notizie sulla pandemia influenzale.

L'influenza si è diffusa negli Stati Uniti e nella Colonia del Capo. È segnalata una ripresa dell'epidemia nella Spagna. (*Med. Rec.*, 21 sett. 1918).

Sull'eziologia dell'influenza.

I giornali politici recano che Charles Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, avrebbe confermato la filtrabilità del virus dell'influenza, già ammessa dal dott. H. Selter, di Königsberg.

NOTIZIE DIVERSE

Comitato interalleato per gl'invalidi di guerra.

E' stato ora costituito a Parigi; è formato da rappresentanti nominati e accreditati dai Governi dell'Intesa (l'Italia manca finora del proprio rappresentante).

Ha lo scopo di formulare i principî generali per l'assistenza agli invalidi, di accentrare i documenti relativi, di tesorizzare le esperienze compiute nei vari paesi, di aiutare con tutti i mezzi i mutilati. Ha proceduto alla fondazione di un Istituto centrale per ricerche scientifiche, di un Museo e di una Biblioteca. Infine, allo scopo di diffondere la sua azione, il Comitato provvede anche alla pubblicazione di una rivista, diretta dal prof. Jean Camus.

Il Comitato ha sede nella Rue du Bac, 102.

La coordinazione degli sforzi permetterà a tutti i popoli alleati di beneficiare dei perfezionamenti compiuti da ciascuno di essi nel campo dell'assistenza ai mutilati e agli invalidi di guerra.

Medaglie al merito della sanità pubblica.

Un decreto Luogotenenziale in data 7 luglio 1918, n. 1048, pubblicato nel n. 188 della *Gazzetta Ufficiale* del 3 agosto u. s., istituisce una medaglia «al merito della sanità pubblica» destinata a premiare le persone, gli enti, i corpi, gli uffici che abbiano resi, con cospicue elargizioni o con prestazioni, segnalati servigi nel campo delle opere che interessano la igiene e la sanità pubblica, in circostanze diverse da quelle considerate dalle norme che disciplinano il conferimento delle ricompense ai benemeriti della salute pubblica.

La medaglia, del diametro di mm. 30, porterà da una parte l'effigie di Sua Maestà il Re, dall'altra il bastone d'Esculapio, entro una corona di quercia, circondata dalla leggenda «Al merito della sanità pubblica».

Verrà portata alla parte sinistra del petto, appesa ad un nastro in seta, della larghezza di trentasei millimetri a undici righe verticali di uguale larghezza alternate di colore cilestro e nero.

A seconda dei gradi di merito sarà d'oro, d'argento e di bronzo.

Sarà conferita dal Re su proposta del ministro dell'interno, sentita la Commissione istituita col Regio decreto 5 marzo 1914, n. 184.

La nuova ricompensa costituirà come un segno solenne di pubblica riconoscenza a coloro, privati od enti, che bene hanno meritato del progresso igienico-sanitario del paese, con forme di attività e in occasioni diverse da quelle tassativamente stabilite per le ricompense preesistenti.

Per essa non sono posti limiti di tempo nè di luogo.

Soltanto è determinato e richiesto che si tratti di servigi preclari e che interessino, sotto qualsivoglia punto di vista, le finalità alle quali si rivolge la complessa e multiforme attività dell'Amministrazione della sanità pubblica.

La ricompensa potrà, pertanto, esser conferita così alla pubblica Amministrazione, all'ente, al corpo, all'ufficio che abbiano atteso, con particolare attività di azione e con speciale utilità di risultati, a compiti comunque interessanti la igiene e la sanità pubblica; come al sanitario che si è segnalato per la diuturnità, la complessità o il particolare valore dell'opera personale data ai servizi di assistenza o di vigilanza igienico-sanitaria; al filantropo che a finalità igienico-sanitarie ha dato fervore di iniziative, disinteresse di opera, aiuto cospicuo di mezzi finanziari; al pubblico amministratore che ispirandosi, nell'esercizio del suo ufficio, ad elevata concezione della importanza degli interessi igienico-sanitari del paese, con la genialità del consiglio, con la fermezza del volere, con la costanza dell'opera, con la incitatrice influenza dell'esempio animatore, ha contribuito ad una migliore organizzazione di servizi, alla migliore soddisfazione dei bisogni igienico-sanitari, alla creazione e alla perfezione di opere notevoli interessanti l'assistenza sanitaria come il benessere igienico della popolazione.

Esula dalla fisonomia della nuova ricompensa ogni parvenza di segno puramente commemorativo e deve invece esserle riconosciuta la qualità essenziale di vero e proprio premio a meriti speciali.

Per la difesa sanitaria della Colonia Libica.

Nella relazione sullo stato delle nostre Colonie il ministro Colosimo aveva esposto tutto un piano organico di difesa sanitaria in Libia, che aveva incontrato l'approvazione di tutti i competenti in materia di assistenza e di profilassi.

Ora, con recentissimo provvedimento, il Governo

ha stabilito di dedicare all'esecuzione dell'accennato piano sanitario la somma di lire 650 mila, di cui 550 mila per spese ai vari servizi sanitari e 100 mila per profilassi contro le malattie infettive. Secondo quanto si dichiara, il Governo si propone, a mezzo di speciali organi, di combattere i focolari di infezione nelle loro più lontane origini.

Per la lotta antitubercolare ed antialcoolica.

Il prof. Adriano Valenti, della R. Università di Parma, propone nel *Medico Italiano* del 29 sett. u. s., di profittare dell'enorme quantità e varietà di uomini che passano in quest'ora attraverso gli ospedali militari, feriti o malati, per compiere una intesa propaganda nazionale contro la tubercolosi e l'alcoolismo. Sono uomini dai 18 ai 45 anni, l'età in cui più si apprezza e si accoglie l'istruzione e l'educazione; sono di ogni paese d'Italia; sono di varia condizione sociale, e possono perciò portare in ogni più luminoso od oscuro meandro della nostra vita civile il ricordo della parola ascoltata.

Ognuno sa oramai quanto beneficio abbia arrecato alla causa della resistenza in questa guerra la propaganda morale che solo in questo ultimo anno instancabilmente si va facendo fra le truppe combattenti. Nessuno può dubitare del bene sociale che potrebbe derivare al nostro popolo, a coscienza igienica ancora latente, con una propaganda ben condotta di igiene sociale, specialmente in rapporto alla lotta antitubercolare e antialcoolica.

I nostri medici militari si presterebbero tutti volentieri; comunque le Direzioni Sanitarie dell'Esercito potrebbero scegliere i più adatti per ciascun centro ospitaliero, tenendo in qualche modo conto di questa opera degna.

È morto il prof. SAPE TALMA, il clinico medico olandese.

Ha consacrato 40 anni all'insegnamento. Aveva dapprima coltivato la fisiologia; poi si consacrò alla patologia generale; nel 1876 fu nominato, a Utrecht, professore di anatomia patologica; solo di recente gli era stata assegnata la cattedra di medicina clinica. La ben nota operazione di Talma, da lui ideata per la cura della cirrosi epatica, ha fatto credere che egli fosse anche un chirurgo.

Egli ha coperto molte cariche pubbliche estranee alla professione.

A Zurigo si è spento il prof. OSCAR WYSS, direttore di quell'Istituto d'Igiene. Egli ha insegnato, di volta in volta, numerose materie: tossicologia, pediatria, patologia medica, clinica medica, igiene. È stato più volte decano e rettore dell'Università.

L'Università di Saragozza ha perduto due dei suoi più reputati insegnanti: HIPOLITO FAIREN, decano della Facoltà, considerato il fondatore della moderna Università di Saragozza, e JUAN IRANZO, professore di clinica medica; questi nel 1909 era stato eletto alcade; ha avuto molta parte in numerose riforme sanitarie e civiche della Spagna.

R. B.

Vittima del proprio dovere, prodigandosi, nonostante i sintomi del male che già lo insidiava, nell'assistere i militari affidati alle sue cure, colpito dal crudele morbo che combatteva, spegnevasi cristianamente il 28 settembre, in un ospedale di tappa della Zona di guerra, il dott. ENRICO marchese LAUREATI, capitano medico di cavalleria, decorato di medaglia al valore.

Per sette anni fu assistente nella clinica chirurgica di Pisa dopo essere stato proassistente per due anni nella clinica medica del Maragliano.

Ha lasciato nel dolore più profondo la madre veneranda marchesa Caterina, la moglie ed i figliuoli ormai giovinetti, compresi della sventura irreparabile che li ha colpiti.

Sempre con entusiasmo e fede nella grandezza della Patria, aveva prestato l'opera sua volontaria per due anni in Libia ed ora sin dall'inizio dell'attuale campagna continuamente in reparti di [illegible] linea, rifiutando ogni arretrata destinazione. [illegible]a poco più di quarant'anni.

L. P.

Dopo breve malattia, logorato dai disagi, dalle ansie e dalle lotte di quaranta mesi di fronte, è morto a 25 anni l'aspirante medico GINO STRAZZA, abbattuto mentre in un ospedaletto da campo compiva il suo dovere. Aveva dato molte prove di fulgide virtù militari e civili. Era stato decorato della medaglia di bronzo al valore, proposto per la medaglia d'argento ed insignito della Croce di guerra. Alla salma compianta dell'eroe sono state tributate onoranze solenni.

B. A.

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . *Pag.* 1011
Emottisi: significato diagnostico . . . » 1006
Enteriti da Lamblia intestinalis . . . » 1001
Epidemia attuale 989, 1014
Epidemia difterica: misure da adottarsi » 1008
Ferite di guerra: riunione per prima . » 1002
Itteri picrici: accertamento chimico . . » 999
Lue congenita: contagiosità . . . . » 1004
Malaria: trattamento . . . . » 1007
Mastoiditi consecutive a fenomeni da scoppio . . . . *Pag.* 995
Organizzazione medica per la guerra agli Stati Uniti . . . . » 1013
Piodermiti . . . . » 1009
Sifilide: cura precoce . . . . » 1009
Tumori: atrofia per mezzo della dieta ablastinica . . . . » 1005
Tumori: eziologia . . . . » 1005

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 27 ottobre 1918 Fasc. 43.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: V. Mazzi: Umidità e perfrigerazioni. — **Note di tecnica:** G. Egidi: L'uso del cloruro di calce per la sterilizzazione della pelle. — **Sunti e Rassegne:** — MEDICINA: G. R. Satterlee: La diagnosi e il trattamento dell'ulcera duodenale. — Baisch: Sul tetano cronico. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Società Medico-Chirurgica di Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: Le forme cliniche dell'uremia. — La costante ureo-secretoria in chirurgia. — Anuria da calcolosi trattata con la decapsulazione del rene e col drenaggio della pelvi renale. — L'enuresi essenziale notturna in guerra. — La glicosuria nei feriti di guerra. — Frequenza dell'urinazione nella donna. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Pubblicazioni pervenuteci.**

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria: Relazione del comm. Lutrario sull'attuale pandemia influenzale. — Misure della Direzione generale di Sanità militare contro l'influenza. — Invio di militari presso manicomi civili. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DA CAMPO 004 - ZONA DI GUERRA.

Umidità e perfrigerazione.

Studio clinico-statistico

del. dott. VINCENZO MAZZI, ten. medico.

I danni che le truppe in guerra possono risentire dal freddo, espletante la sua azione solo su parti del corpo, sono noti da oltre un secolo: dall'epoca della spedizione in Russia di Napoleone I (1812) all'ultima lotta balcanica (1913). In tutte le guerre — spedizione di Crimea, franco-prussiana e russo-turca — sono stati osservati casi, talora abbastanza numerosi, di congelamento, molti dei quali seguiti da morte; solo però l'attuale periodo di guerra, con i numerosissimi casi osservatisi, ha dato un indirizzo veramente scientifico allo studio di questa lesione. I congelamenti che oggigiorno però capitano a centinaia alla comune osservazione non sono più i classici casi descritti dal barone D. Larrey, generale medico ispettore della Grande Armata; ma per otto decimi lesioni interessanti pressochè sempre bilateralmente le estremità inferiori dei soldati in trincea e in vedetta, e che i Francesi e gli Inglesi, primi a descriverle, chiamano *piede da trincea* (1), e che in Italia, nella pratica comune, vanno sotto la terminologia generica di *congelazione dei piedi*.

Già gli autori di ogni nazione si sono largamente occupati e dell'etiogenesi, e della patogenesi, e della sintomatologia, e della cura di questa lesione; nè io intendo qui soffermarmici ulteriormente. Solo piacemi ricordare che è merito di un italiano, il prof. Tizzoni, attualmente ufficiale medico, l'avevr dimostrato in un suo recente studio sintetico poggiato su diligenti ricerche anatomo-patologiche in collaborazione col dott. De Angelis, come questa lesione è secondaria a primitive alterazioni che il freddo umido causa nelle pareti delle arterie (endoartrite deformante).

È adesso mio proposito stabilire qui con precisione i rapporti etiogenetici che passano tra congelazione e condizioni atmosferiche dell'ambiente, poggiandomi sull'osservazione di oltre 2500 casi, stati in cura in 10 mesi in questo ospedale da campo. E ciò allo scopo di stabilire quale tra queste condizioni abbia maggiore influenza, come causa determinante nella produzione di quelle primitive alterazioni vasali accertate dal prof. Tizzoni, indipendentemente da tutte le altre cause secon-

(1) *Pieds des tranchées, mal des..., pieds gelés des..., froidures des..., gelures des...*

darie e predisponenti, che costituendo un fattura individuale vengono ad avere un ben diverso e particolare valore in ogni singolo individuo.

A questo ospedale da campo affluiscono i soldati delle vallate del Cismon, del Vanoi e circonvicine minori; ed in 10 mesi, su 17,995 ricoverati, si sono avuti in cura ben 2511 congelati, pressochè tutti con «gelures aux pieds» o «froidures des tranchées», come ricavasi dall'annesso specchietto n. 1.

SPECCHIO N. 1.

Mesi	Totale ricoverati	Congelati	Percentuale
Luglio 1916.	1510	12	0.7
Agosto »	2778	92	3.3
Settembre »	2378	378	16
Ottobre »	2377	306	13
Novembre »	1313	327	25
Dicembre »	1540	449	29.4
Gennaio 1917.	1648	310	19
Febbraio »	1706	259	15
Marzo »	1522	257	17
Aprile »	1223	123	10
Totali . . .	17995	2511	—

Dalla lettura di esso rilevasi subito come la percentuale mensile dei congelati, minima nel luglio e nell'agosto 1916, salì rapidamente nel settembre al 16, raggiunse il suo massimo nel novembre e dicembre (25-29.4) e, decrescendo progressivamente, si ridusse al 10 nell'aprile.

Rispetto alla gravità delle lesioni dirò subito che i casi riscontratisi nel luglio ed agosto furono tutti di assai lieve entità, vere e proprie forme iniziali di congelamento di 1° grado «pieds des tranchées». Fu solo nel settembre che la sintomatologia obiettiva incominciò a rendersi più manifesta e si osservarono edemi un po' più spiccati, perdita di sensibilità, difetto di circolo, vescicole (2° grado), zone limitate di gangrena (3° grado). La frequenza dei casi di congelamento di 2° e 3° grado, come rilevasi dall'unito specchio n. 2, andò da quest'epoca aumentando progressivamente a scapito delle forme più lievi, fino ad aversi nel gennaio e febbraio il 28 % di congelazioni di 3° grado, il 28-31 % di quelle di 2° grado, ed il 41-44 % di quelle di 1° grado. Dal marzo tornarono notevolmente e progressivamente a diminuire le congelazioni di 3° grado, ed aumentarono, al contrario, quelle di 2° e 1°.

(2)

SPECCHIO N. 2.
Percentuale mensile dei vari gradi di congelamento.

Mesi	Ricoverati	1° grado	2° grado	3° grado
Settembre 1916.	378	85	9	6
Ottobre »	306	72	19.5	8.5
Novembre »	327	56	27.5	16.5
Dicembre »	449	48	28	24
Gennaio 1917.	310	41	31	28
Febbraio »	259	44	28	28
Marzo »	257	20	60	20
Aprile »	123	38.5	43.5	18

Ciò visto, quali rapporti passano tra queste due percentuali di congelati e di gradi di congelamento, e le condizioni atmosferiche dell'ambiente?

Riporto nello specchio n. 3 i dati atmosferici (temperatura massima e minima (1), giornate di pioggia e neve, quantitativo di pioggia e neve caduta) della zona ove ha sede quest'ospedale da campo, prendendo questi come dati-base medi di tutto il settore, non essendo possibile per il genere stesso della guerra moderna avere i singoli dati delle varie località ove si trovano dislocate le truppe; ma che per quanto proporzionatamente a monte diversi, non possono esserlo stati tanto da influire sensibilmente nella variazione di questi rapporti tra loro, e quindi delle conclusioni di questo mio studio.

SPECCHIO N. 3.

Mesi	Temperatura massima	Temperatura minima	Pioggia (mm.)	Giorni di pioggia e neve	Neve (cm.)
Luglio 1916. . .	26.4	13.4	168	10	—
Agosto » . . .	25.3	13.3	216	8	—
Settembre » . . .	19.3	8.0	236	13	—
Ottobre » . . .	13.4	6.2	80	6	—
Novembre » . . .	7.0	1.8	328	14	2
Dicembre » . . .	4.3	— 2.0	334	18	11
Gennaio 1917. . .	1.7	— 6.2	115	11	87.5
Febbraio » . . .	1.9	— 10.2	9.3	3	3
Marzo » . . .	8.6	— 2.6	121	13	11
Aprile » . . .	13.6	— 2.5	106	11	1.5

Mettendo a raffronto i tre specchietti, esporrò prima di tutto per ogni singolo mese i rap-

(1) Misurata col termometro centigrado Celsius.

porti esistenti tra congelati e gradi di congelazione, temperatura, pioggia e neve, per poter poi meglio dal loro studio d'insieme venire all'esposizione dei rapporti generali ed alle conclusioni finali di questo lavoro.

Luglio 1916. — Con una temperatura estiva oscillante tra un massimo medio di 26.7 ed un minimo di 14, si sono avute 10 giornate di pioggia; la quantità di acqua mensile caduta è stata di mm. 168; la percentuale dei congelati è stata del 0.7 e tutte forme lievi di 1° grado.

Agosto. — Pur essendo rimasta pressochè invariata, rispetto al mese precedente, la temperatura è aumentata di quasi un terzo la quantità della pioggia, raggiungendo in otto giorni l'altezza di mm. 216; sono stati in lieve aumento i casi di congelamento (3.3 %) ma sempre assai lievi.

Settembre. — La temperatura media è oscillata tra un massimo di 19.3 ed un minimo di 8, scendendo verso la fine del mese nella notte e nelle prime ore del mattino a 2-3; si e veramente in autunno, poichè specie nella seconda metà del mese si sono fatti sentire i primi freddi, che, perchè tali, sono parsi anche maggiori. In 13 giornate di pioggia questa ha raggiunto l'altezza di mm. 236, il doppio preciso che nel mese di luglio; la percentuale dei congelati è notevolmente aumentata (16), e non tutti hanno presentato forme lievi, come nei mesi precedenti, ma un sesto forme di 2° ed anche di 3° grado.

Ottobre. — La temperatura si è abbassata ancora, la quantità di pioggia caduta è stata, viceversa, due terzi meno che nel settembre; è diminuita la percentuale dei congelamenti (13), ma viceversa sono aumentate sensibilmente le forme di 2° grado a scapito di quelle di 1°.

Novembre. — La temperatura è andata ancora diminuendo; spesso il termometro è sceso a —3° e —5° in alcune ore; è stato però questo, insieme col successivo, il mese più umido, avendosi avute 14 giornate di pioggia, che raggiunse ben 326 mm. di altezza. I casi di congelamento sono saliti al 25 %, sono diminuite le forme più leggiere e sono aumentate ancora quelle di 2° e 3° grado.

Dicembre. — La temperatura è scesa ancora: la pioggia caduta in 18 giorni ha raggiunto ben 334 mm. di altezza e per di più sono caduti 11 cm. di neve. I casi di congelamento sono saliti al 29.4 %, ed ancora più frequenti sono state le forme di 2° e 3° grado.

Gennaio 1917. — È stato, col successivo, il mese più freddo dell'anno, avendo la temperatura oscillato tra un massimo medio di 1.7° ed un minimo di —6.2° ed essendo rimasto per molte ore della giornata sotto 0° il livello del mercurio; poca è stata, rispetto ai mesi precedenti, la quantità di pioggia caduta; abbondantissima, invece, la neve (87.5 cm. nel mese), che gelò pressochè tutta subito: tra pioggia e neve fusa per il disgelo nelle ore più calde della giornata la quantità totale di acqua caduta fu potuta valutare a 115 mm. I congelamenti sono scesi al 19 %, ma di essi il 41 % furono lesioni di 1° grado, il 31 % di 2° grado, ed il 28 % di 3° grado.

Febbraio. — La temperatura ha raggiunto in questo mese il massimo di rigidità, essendosi mantenuta quasi costantemente sotto 0° per avere oscillato tra un massimo di 1.9 ed un minimo di —10.2°, ed avendo spesso raggiunto nella seconda metà della notte e nelle prime ore del mattino anche i —20° e —27°! Minore che in tutti gli altri mesi è stata la quantità di pioggia, scarsissima la neve: quella precedentemente caduta, tutta ghiacciata, ha costituito ovunque un candido mantello di ghiaccio di quasi un metro di altezza. La percentuale totale dei congelati è diminuita ancora rispetto al gennaio — 15 % — pur mantenendosi pressochè invariata rispetto al gennaio la percentuale tra loro dei vari gradi.

Marzo. — La temperatura non è stata più così rigida: si sono avute nella seconda metà delle giornate veramente primaverili ed il termometro ha in media oscillato tra 7.3° e —4.5° la quantità di neve caduta è stata ben poca: in tutto, tra pioggia e neve fusa, la quantità di acqua è stata calcolata di 120.7 mm., quanto press'a poco nel mese di gennaio. I casi di congelamento sono stati, rispetto al febbraio, in lievissimo aumento — 17 % —, ma in prevalenza i casi osservatisi sono stati di 2° grado.

Aprile. — La temperatura è tornata primaverile, la quantità di pioggia caduta ha raggiunto appena 106 mm.; la percentuale dei congelati è scesa al 10 e proporzionatamente sono diminuite le forme più gravi di 3° grado, e, viceversa, aumentate quelle di 1° e di 2° grado.

Non può sorprenderci il caso che nei mesi estivi più caldi — luglio ed agosto — si siano avuti su circa 4300 ricoverati, un centinaio di congelati (2.3 %), poichè casi di congelamento ai piedi nell'estate erano già stati osservati nella campagna di Russia in soldati che dovettero stare a lungo nell'acqua ad una temperatura inferiore ad 8°. Del resto, osservazioni simili erano state fatte anche durante la guerra di Crimea, in cui furono veduti casi di

congelazione con temperature relativamente miti, quando ad esse veniva ad accoppiarsi l'umidità dell'ambiente. Più recentemente singoli casi erano stati pure osservati dal Weiting (1913) e dal Page (1914) nella guerra dei Balcani del 1913; ed anche nell'inverno 1914-1915 nelle truppe combattenti in Fiandra dallo Smith, che per primo studiò con serena base scientifica, sull'appoggio di dati statistici, la patologia del freddo da trincea.

Ma, ripeto, a questa lesione, che sì alta importanza è venuta a prendere negli eserciti combattenti per le conseguenze pratiche che ne derivano in rapporto al servizio (pur essendo ammesso dai più che essa sia la conseguenza per via indiretta dell'azione locale del freddo umido), mancava fino ad oggi uno studio etiogenetico, poggiato su dati statistici numerose e precisi, che stabilisse con esattezza qual parte il freddo e l'umido separatamente considerati abbiano nella sua produzione, e se non sia il portato più dell'uno che dell'altro, ed il rapporto in cui questi fattori stanno con essa.

Gli studi esistenti in proposito sono poggiati su osservazioni isolate e scarse, e quelli stessi dello Smith e del Matronola (i più ricchi e completi) si basano reciprocamente sull'osservazione di soli 51 e 79 casi di congelamento! Ho creduto perciò oltremodo interessante sfruttare la fortuna che ho avuto di poter osservarne oltre 2500 casi, per studiare in senso dettagliato e preciso quale delle varie condizioni atmosferiche d'ambiente maggiormente venga ad avere influenza nella produzione della congelazione in questione, quale causa determinante.

In base a quanto più sopra ho esposto per ogni singolo mese, appare chiaro lo stretto rapporto diretto che passa tra i casi di congelamento ed il quantitativo di pioggia caduta, e quindi di umidità del terreno e dell'ambiente, a preferenza che col freddo. Infatti, la percentuale più alta dei casi (25-29.4) si è avuta, come le seguenti grafiche dimostrano chiaramente, non nei mesi più freddi, bensì nei mesi in cui maggiore è stata la quantità di pioggia caduta e per conseguenza maggiore l'umidità del terreno. Viceversa, nei due mesi più freddi di tutto l'anno, in cui la temperatura si può considerare che sia stata pressochè sempre sotto 0°, ma in cui scarsa è stata la quantità di pioggia e l'abbondante neve appena caduta per la bassa temperatura si è subito trasformata in uno spesso stato di ghiaccio, ed anche il terreno bagnato è stato gelato, i casi di tal forma di congelamento sono stati minori per quanto di più grave momento. Interessante è poi il fatto che tali congelazioni alle estremità inferiori pressochè mai sono state osservate, oltrechè nei soldati che ben calzati hanno potuto avere il modo di difendere le proprie estremità dall'umidità ed anche dalla immobilità, nei conducenti, nei soldati addetti ai rifornimenti, alle salmerie, ai treni in genere che seguono le truppe combattenti, negli artiglieri, nei cavalleggeri, negli uomini di sanità, ecc., ed in tutti gli altri che, comunque, non sono stati obbligati all'immobile servizio di trincea.

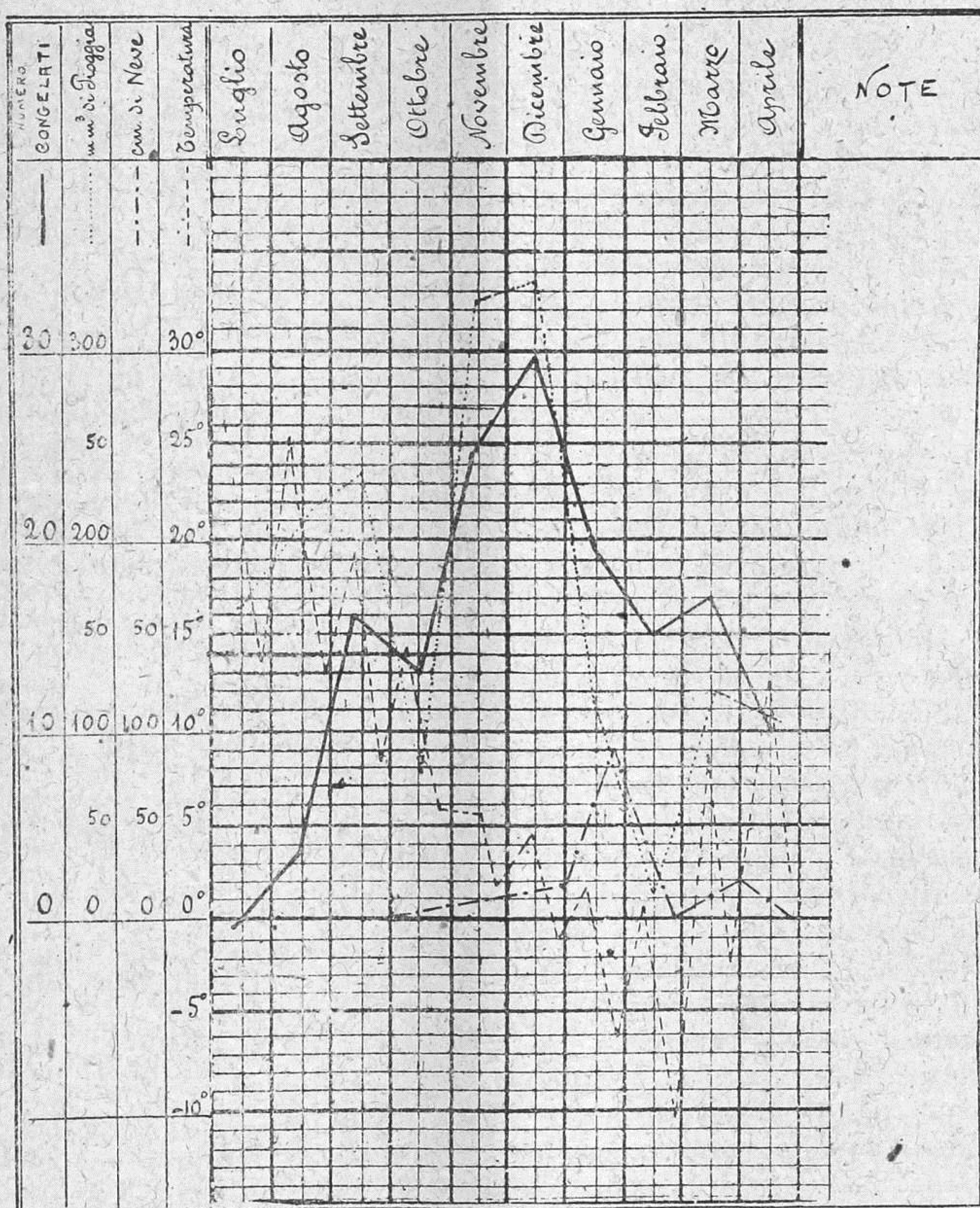
È invece nel soldato di fanteria combattente, il quale nella durata dei turni di servizio è obbligato a rimanere pressochè immobile, ritto od accovacciato, in trincea o al posto di osservazione o in vedetta, con i piedi immersi o nell'acqua o nella neve, od in quella fanghiglia del fondo delle trincee stesse o del fossatello o della buca, che gli serve da osservatorio e da riparo; con le scarpe, gli stivali, le calze, le mollettiere, le estremità inferiori tutte, in una parola, bagnate; senza avere agio di potersi muovere per riscaldarsi e per sgranchirsi e di cambiarsi; sempre con l'occhio e l'attenzione rivolti alle antistanti trincee nemiche, d'onde può da un momento all'altro partire l'offesa: è in questi che ho visto, a preferenza degli altri, insorgere la congelazione. È in questi che compaiono quasi sempre inavvertiti i primi sintomi dell'affezione, la quale interessa pressochè sempre e contemporaneamente i due piedi. Lesione che, per il fatto stesso di stabilirsi lentamente per via indiretta in ogni singolo momento del periodo di tempo nel quale il militare è venuto a trovarsi nelle suesposte condizioni, oppure per il ripetersi anche per più breve tempo di queste stesse condizioni lesive in giorni successivi, ha lungo decorso e che assai diversifica, sia per la patogenesi che per la sintomatologia, per le lesioni anche che apporta e per gli esiti, da quelle congelazioni state osservate e nelle mani e nelle orecchie e nel naso ed in altre parti del corpo — per lo più scoperte — dovute direttamente alle basse temperature o congelanti; le quali causano di per sè necrosi dei tessuti interessanti per coagulazione del protoplasma.

Come infatti ho già accennato, quando la temperatura dell'ambiente è scesa sotto 0° ed ha trasformato quella fanghiglia delle trincee, l'acqua in essa contenuta, la neve caduta ed il terreno umido all'intorno in un compatto blocco di ghiaccio venendo così a fare scomparire quasi l'umidità, è diminuita la percen-

tuale dei congelati: pur avendosi avuti i casi di maggiore entità e abbastanza frequente l'altra forma di congelamento prodotta dalla azione diretta delle basse temperature. Tale il motivo per cui negli alpinisti e nei viaggiatori polari, che secondo Nansen hanno dovuto sopportare anche temperature di —45°, mai si sono verificati i «pieds gelés», che

tinua avanzata: i nostri soldati strappano a palmo a palmo il suolo d'Italia al nemico, e ogni palmo di terreno conquistato è costato e costa una lotta accanita di ore, di giorni, di settimane talora. In questo frattempo il nostro soldato deve starsene nascosto nelle improvvisate trincee (quando ha avuto il tempo di approntarle) altrimenti disteso a terra, die-

GRAFICHE ESPRIMENTI I RAPPORTI FRA CONGELAZIONI, TEMPERATURA, PIOGGIA E NEVE.



sono invece così abbondanti nelle guerre di trincea odierne; e che molto numerosi anche sulla nostra fronte, più lo sono stati tra i combattenti nella valle dell'Isonzo (dove il termometro oscilla quasi sempre sopra a 0° e dove l'aria è ricca di umidità a causa della natura argillosa del terreno e delle condizioni topografiche e idrografiche della regione), che sullo alpestre Trentino, ove però si sono avuti i casi più gravi e da azione diretta delle basse temperature.

Il nostro è un esercito conquistatore, in con-

tro un sasso, in un avvallamento del terreno, in una buca scavata da un proiettile, con i piedi sempre in mezzo al fango ed alla neve, a pochi passi dal nemico, nell'impossibilità di muoversi, per non essere veduto e scoperto, di potersi cambiare gli umidi calzari, di potersi riscaldare, talora anche senza vitto per tutto il giorno. I ricoveri, i baraccamenti, le stabili trincee in cemento ben fognate e ben riparate dal freddo e dalla pioggia, spesso anche riscaldate, sono dietro alle sue spalle per le truppe a riposo. Tutto assorto nel suo

còmpito, con l'occhio vigile davanti a sè, con l'orecchio teso ad ogni piccolo rumore, di giorno e di notte, non si accorge della lesione che va adagio adagio, in ogni singolo momento stabilendosi nei suoi piedi, rinchiusi ed immobili entro gli umidi calzari. Dopo il primo momento non avverte neppure più quel senso di freddo che lo ha molestato in primo tempo. Il più spesso col silenzio dei sintomi subiettivi ed obiettivi quando deve al termine del suo turno di servizio far ritorno al ricovero, ai compagni, al baraccamento, incomincia allora ad avvertire, ai primi passi, talvolta formicolii e prurito, talora dolori spontanei, talaltra disturbi nella deambulazione: che possono andare dalla semplice claudicazione all'assenza completa della deambulazione stessa. Quand'anche non si accorge, dopo tornato ai baraccamenti e levandosi le scarpe, o addirittura al mattino successivo, di un certo grado di tumefazione e di cianosi delle estremità, ostacolo alla mobilità delle dita, anestesia. Sintomi tutti comprovanti la già iniziata lesione.

Concludendo, dunque, ritengo che vera causa determinante principale dei così detti « pieds gelés » o « froidures des tranchées » o « gelures aux pieds » debba considerarsi l'*umidità dell'ambiente* a preferenza di qualsiasi altra condizione atmosferica. Il secondo posto nella scala etiogenetica devesi dare all'*immobilità* per quanto ho già detto; il terzo al *freddo*. Questo a sua volta, allorchè si aggiunge alle prime due cause, può avere influenza grande sulla rapidità o meno dello stabilirsi della lesione e sulla sua gravità, ma deve sempre ritenersi d'importanza etiogenetica di gran lunga inferiore; e, ripeto, ce lo prova a sufficienza anche l'esperienza dei viaggiatori polari. Il freddo invece, di per sè considerato, assume la massima importanza, quale unica causa determinante; quando agendo direttamente conduce a necrosi le parti colpite; bastando in questo caso da solo a distruggere la vitalità cellulare dei tessuti col produrre la coagulazione del protoplasma.

Anche sotto questo punto di vista perciò sempre più mi vado formando la convinzione che debbansi le lesioni prodotte da questi due diversi momenti etiologici — *freddo* da solo, ed *umidità*, ed alle quali corrispondono pure diversa sintomatologia, diversa patogenesi e diversi esiti — considerare ben distinte tra loro nella pratica comune (come già nel marzo u. s. in una riunione castrense di colleghi ebbi occasione di accennare e mi propongo di dimostrare in un più dettagliato studio); e che di conseguenza più propriamente convenga chiamare le prime *vere congelazioni*, e *perfrigerazioni* le altre tutte, che vanno dal semplice piede da trincea fino alle gravi colliquazioni gangrenose consecutive.

Umidità, immobilità e *freddo*, ecco adunque in base alla importanza loro nella scala etiogenetica i tre fattori principali e determinanti delle *perfrigerazioni alle estremità inferiori*, quali sono venuti a risultarmi dall'ampio studio statistico poggiato sull'osservazione di oltre 2500 casi.

Dall'Ospedale da campo 064, maggio 1917.

BIBLIOGRAFIA.

LARREY. *Descrizione degli effetti del freddo nella campagna di Russia di Napoleone* (1812). — Clinica Chirurg. del B. D. Larrey, tomo III. Gabon edit., nov. 1829.

BENNDORF. Archiv. d. Heilkunde, VI, 1865, pag. 456.

SAMUEL. Virchow's Archiv., XLIII, 1868, pagina 552.

COHNHEIM. *Neue Untersuchunghen ueber die Entzündung.* — Berlin, 1873, pag. 52.

KRASKE. F. Chirurgie, n. 12, 1879.

PICTET. Archives des sciences phys. et naturelles, 3e série, 1883, XXX, 2, pag. 93.

KRIEGE. Virchow's Archiv. f. Path. Anat., 1884, CXVII, pag. 64.

USCHINSKY. Ziegler's Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Path., XII, 1893, pag. 445.

MENAHEM HODARA. Monatsheft. f. prakt. Dermatologie, 1895, XXVIII, 1900.

VOLKMANN. Ziegler's Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., XII, 1899, pag. 272.

RISCHPLER. Ziegler's Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Path.. XXVIII, 1900.

MARCHAND. *Der Prozess der Wundheilung.* — Deut. Chir. v. Bergmann. Bruns, Lief 16, 1901.

ZOEGE V. MANTEUFET. Zentralbl f. Chirurgie, n. 3, 1902.

KREHL u. MARCHAND. *Die Kalte als Krankheitsursache.* — Handb. der allg. Path., I, 1908, pag. 108.

MELCHIOR. Berliner Klinische Woch., 1914, n. 487.

VARIOT G. Soc. Méd. des Hôpitaux, 29 gennaio 1915.

DARIER et CIVATTE. *Les prétendus « pieds gelés » et les froidures des tranchées.* — Soc. Méd. des Hôpitaux, 29 gennaio 1915.

COURCOUX. *Traitement des gelures par la méthode biokinétique de L. Jacquet.* — Presse Méd., 1915, n. 3, pag. 19.

IMBERT L. *Les gelures et la gangrène de congélation.* — Presse Méd., 1915, n. 3, pag. 19.

DE FOSSEY et MERLE. *Le « pied des tranchées ».* — Presse Méd., 1915, n. 7, pag. 55.

CASTEX. *Les gelures aux pieds dans les tranchées.* — Presse Méd., 1915, n. 7, pag. 56.

BERNARD L. *A propos du mal des tranchées.* — Presse Méd., 1915, n. 9, pag. 70.

BROCQ. *Traitement des froidures des tranchées par la méthode biokinétique de L. Jacquet.* — Presse Méd., 1915, n. 9, pag. 70.

LABAR. *Notes cliniques et patogéniques sur les gelures.* — Soc. Méd. des Hôp., 13 marzo 1915.

PARISOT et SIMONIN. *Les gelures consécutives au séjour prolongé dans les tranchées.* — Ac. de Méd., 9 marzo 1915.
SMITH. *Patologia del congelamento da trincea.* — The Lancet, 1915, vol. II, n. 11.
DRASTE et MOUTIER. *Troubles de la circulation artérielle résultants de faits de guerre.* — Ac. de Sc., 20 settembre 1915.
DRAGOTTI. *Le congelazioni dei soldati e la loro cura.* — Policlinico, fasc. 49, 1915, pag. 1645.
NERI. *La prova della perfrigerazione applicata allo studio dei fenomeni vasomotori nei congelati.* — Soc. Med.-Chir. di Bologna, 23 dicembre 1915 e 31 marzo 1916.
GALLI. *Intorno al trattamento delle perfrigerazioni di natura circolatoria.* — Policlinico, Sez. prat., XXIII, 1916, n. 1.
CAVINA. Bollettino Scienze med. Società Scienze Med. di Bologna, 1916, fasc. I, pag. 216.
PONTANO. *Sui congelamenti degli arti.* — Policlinico, XXIII, 1916, fasc. 2°, pag. 41.
LONGO. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, gennaio 1916, n. 27.
CHERUBINI. *Sui congelamenti degli arti.* — Policlinico, Sez. prat., XXIII, 1916, fasc. 2°, pag. 41.
ISNARDI. Policlinico, XXIII, 1916, fasc. 8°, pagina 23.
CASALI e PULLÈ. *Le lesioni da congelamento ed un mezzo per prevenirle.* — Gior. di Med. Militare, 1916, pagg. 19 e 194.
GAMBERINI. *Gangrena dei piedi da congelazione.* — Giorn. di Med. Militare, 1916, pag. 300.
NERI. *Contributo sperimentale alla conoscenza delle cause e del meccanismo del congelamento.* — Giorn. di Med. Militare, 1916, pag. 326.
HUGUES BASIL. The British Medical Journal, 20 maggio 1916.
TANSINI. *Sulle gangrene.* (Conferenza). — Policlinico, XXIV, 6 maggio 1917, fasc. 19.
ROUSSY et LEROND. *Les troubles névropatiques tardifs consécutifs aux gelures des pieds.* — Soc. Méd. des Hôp., 9 juin 1916.
BEDARIDA. Policlinico, XXIII, 1916, fasciscolo 46°, pag. 1330.
PAGLIUSO. *Nevralgie ai piedi da freddo.* — Policlinico, XXIII, fasc. 48°, 26 novembre 1916.
PEREZ. *Norme pratiche di chirurgia di guerra.* — Milano, 1916, pag. 217.
MATRONOLA. *Considerazioni su 79 casi di congelazioni di diverso grado.* — La Clinica Chirurg., XXIV, n. 5, 31 maggio 1916.
TIZZONI e DE ANGELIS. *Ricerche microscopiche sui congelati.* — Giorn. di Med. Militare, 1917, fasc. 1°, pag. 1.

NOTE DI TECNICA.

II AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA
diretta dal ten. colonn. prof. R. ALESSANDRI.

L'uso del cloruro di calce per la sterilizzazione della pelle

per il dott. GUIDO EGIDI, capitano medico.

La chirurgia di guerra ha stimolato la ricerca di metodi capaci di far scomparire i germi patogeni presenti nelle ferite giungendo a risultati che sono sembrati notevoli. A me pare però che i miglioramenti ottenuti siano dipesi più dalla applicazione più severa e più corretta di metodi preesistenti che non dai medicamenti usati.

Tuttavia nel trattamento delle ferite o per meglio dire dei feriti v'è una parte non trascurabile nella quale l'impiego di medicamenti ha veramente utilità pratica: è il trattamento della pelle circostante alla ferita. Le ferite e ancor più le piaghe hanno poteri difensivi capaci di opporsi all'azione dei germi e, nei casi favorevoli, di farli scomparire; ma non è noto che altrettanto possa avvenire per i germi annidati nella pelle. Pure essi possono secondariamente infettare una piaga divenuta sterile e debbono essere perciò distrutti con cura simile, se non eguale, a quella usata prima di eseguire una operazione asettica.

Contro i germi della pelle i mezzi biologici non trovano applicazione. Tra i mezzi fisici, i lavaggi e lo spazzolamento hanno certo un'azione efficace; ma per il fatto che debbono essere prolungati, incontrano nell'uso pratico difficoltà che in guerra spesso non sono superabili. È per questa ragione che si preferisce ottenere più sollecitamente l'effetto con mezzi chimici. Non è mio intendimento intrattenermi partitamente su ciascuno di essi e stabilire confronti; ma solo richiamare l'attenzione sull'efficacia che, per questo scopo, ha il cloruro di calce. Da molto tempo io lo usavo di quando in quando. Dal mese di aprile ultimo lo uso sistematicamente e di quest'ultima esperienza, che più sicuramente posso ricordare, riferisco ora.

Il mite prezzo del cloruro di calce, a parità di condizioni, mi farebbe preferire questo antisettico.

Ma esso offre ancora altri vantaggi. Il suo impiego non controindica l'uso del sapone per la tonsura preventiva.

Il cloruro di calce non resta inattivato (come avviene per il sublimato e per la tintura di

iodio) dal contatto con le albumine del sangue che geme dalle ferite.

Esercita un'azione detersiva molto potente. È noto come il cloruro di calce serva nelle industrie alla *sbianca* delle materie tessili; anche la pelle ne resta smacchiata.

I grassi presenti sulla pelle, dall'eccesso di alcali presenti negli ipocloriti, vengono saponificati; possono poi venir allontanati o come saponi solubili (alcalini) o come precipitato di saponi insolubili (terrosi).

Gli strati epidermici più superficiali vengono attaccati chimicamente e resi asportabili, cosicchè l'epidermide si spoglia di tutte quelle parti non vitali che sono pronte per la desquamazione.

Malgrado queste intense attività, il cloruro di calce non irrita la pelle. Non ho mai osservato effetti dannosi sulla pelle trattata con cloruro di calce in poltiglia o in soluzione satura, nè hanno mai sofferto le mani di coloro (infermieri, medici) che lo hanno a lungo e ripetutamente usato.

A queste proprietà il cloruro di calce — come è noto — unisce quella di un potentissimo antisettico.

Però, prima di consigliarlo in sostituzione di altri che sono in uso per la sterilizzazione della pelle occorreva dare la prova della sua efficacia nello speciale impiego. Questa poteva esser data o con esperienze di laboratorio o con l'esperienza clinica.

Sulla fine dell'anno 1916 nel laboratorio batteriologico dell'XI Corpo d'Armata, diretto dal sig. prof. Scaffidi, iniziai delle ricerche. Queste, secondo il programma del prof. Scaffidi, al quale mi è grato rivolgere un pensiero di riconoscenza, dovevano consistere nell'escidere dalla stessa regione due pezzi eguali di pelle, uno prima, l'altro dopo il trattamento. Coi due campioni, dilacerati in soluzione fisiologica, si dovevano far colture sia in brodo, sia, per poter contare le colonie, in agar.

Per circostanze indipendenti dalla sua volontà, le ricerche fatte furono solamente due.

Una volta la pelle trattata si mostrò quasi assolutamente sterile, mentre il controllo dette origine a una ricca flora batterica. Nel secondo caso ambedue i campioni dettero origine a sviluppo di germi; però in quello di pelle trattata il numero delle colonie fu molto minore. In questo caso i campioni furono escissi da un tratto di pelle cosparsa di comedoni e acneica. Il trattamento era consistito nello sfregar la pelle per 5 secondi con poltiglia di cloruro di calce e nel lavarla poi con carbonato sodico.

(8)

Il lavaggio con carbonato sodico veniva eseguito sia per allontanare dalla pelle l'antisettico ed evitare così che la sua presenza potesse ostacolare nelle colture lo sviluppo dei germi, sia per provocare la seguente reazione:



$$Ca\,Cl^2O + Na^2\,CO^3 = Na^2\,Cl^2O + Ca\,CO^3$$

Per effetto di essa la poltiglia cambia immediatamente d'aspetto: diviene più bianca per la formazione di un precipitato finissimo di polvere di marmo ($Ca\,CO^3$). Questo, formandosi in tutte le parti della pelle bagnate, veniva a trovarsi in tutti i solchi e in tutte le pieghe; venendo poi asportato, a mio parere, favoriva la detersione meccanica in modo analogo, ma più delicato, di quello che fanno le sabbie incorporate nei saponi.

D'altra parte la sostituzione nell'ipoclorito della base calcica con quella sodica, avvenendo direttamente sulla pelle, esponeva questa all'attività dei gruppi di valenze dissociate durante la reazione e perciò — supponevo — a una più intensa efficacia chimica.

Malgrado l'apparente razionalità delle premesse teoriche e i risultati incoraggianti delle prove di laboratorio, mi pare che queste siano state così poche da non poter trarre da esse sole conclusioni.

Ho perciò istituito delle nuove ricerche di laboratorio, che solo ora ho avuto opportunità di praticare per le difficoltà evidenti in zona di guerra: esse sono in corso, e ne darò i risultati a tempo opportuno.

Successivamente però ho usato il cloruro di calce nel trattamento preliminare a numerosi interventi cosicchè ora dispongo di una sufficiente esperienza clinica. Per un certo tempo ho usato il trattamento già descritto, poi, a scopo di semplicità, sostituii al lavaggio con carbonato sodico quello con le comuni soluzioni di ipoclorito sodico o di acido ipocloroso (dalle quali, per la presenza di carbonati alcalini o di ossidrili carboniche acide, si hanno le stesse reazioni); infine, invece di usar la poltiglia di cloruro di calce, usai la soluzione satura.

Il trattamento fatto subire alla pelle ha consistito in un lavaggio eseguito con batuffoli intrisi di soluzione satura di cloruro di calce e prolungato fino a che la pelle divenga completamente pulita. Occorrono dai 30 ai 60 secondi e si deve evitare che l'eccesso di liquido ricada sulle biancherie le quali subirebbero un certo grado di corrosione. Poi si lava rapidamente con una soluzione di ipoclorito sodico e infine si asciuga.

Vi sono alcune regioni in alcuni individui, nelle quali i detriti, la polvere e le impurità sono così tenacemente aderenti che il normale

colorito della pelle non ricompare facilmente. In tali casi, benchè l'impiego del cloruro di calce abbrevi molto il lavoro necessario, occorre bagnare con esso la parte da trattare (si tratta di solito delle estremità) e lasciarla bagnata per alcuni minuti; la pelle subisce una specie di lisciviatura, in seguito alla quale una lieve fregagione permette di allontanare una poltiglia fatta di detriti epidermici e di impurità.

L'operazione non ha alcun effetto caustico e, al termine di essa, risciacquata la pelle si può iniziare l'atto chirurgico. Le mucose sopportano abbastanza bene il contatto con soluzioni concentrate di cloruro di calce; mi pare però che, per le più delicate di esse, sarebbe opportuno non usare che soluzioni diluite.

Il sangue in contatto al cloruro di calce acquista un colore intensamente bruno, quasi nero; lo stesso avviene nei tessuti cruenti. In questi il mutamento di colore raggiunge la profondità di 1 mm. circa. Se non si vogliono causticare i tessuti cruenti, occorre proteggerli; ma ciò nel trattamento delle ferite da arma da fuoco avrà utilità solo quando siano scoperti organi di alta importanza fisiologica (nervi, vasi, ecc.); negli altri casi chi abbia la consuetudine di escidere i tessuti che, essendo stati toccati dai proiettili, hanno probabilità di essere inquinati, troverà nella colorazione che essi acquistano una indicazione desiderabile. Io la ho deliberatamente procurata in alcuni casi nei quali le ferite erano talmente irregolari che, senza tale artificio, sarebbe stato estremamente difficile esciderne tutta la superficie.

Divido in gruppi le osservazioni cliniche fatte. Alcuni di essi male si prestano a giudizi severamente obbiettivi; tuttavia ne riferisco perchè il giudizio che posso darne, sebbene subbiettivo, è fondato su una molto larga esperienza.

1. *Piaghe.* — Alcune soluzioni di continuità che volgono a guarigione, presentando granulazioni di buon aspetto, scarsa secrezione e scarso numero di germi all'esame batterioscopico, mutano talora improvvisamente d'aspetto, secregano molto pus e presentano infiniti germi. Se non esistono ristagni o complicazioni estrinseche alla piaga, ordinariamente una più frequente medicatura in poco tempo ha ragione della recrudescenza settica. In tali casi a me è parso che un trattamento con cloruro di calce, esteso per notevole tratto alla pelle circostante la piaga, senza interessare la piaga stessa, abbia giovato molto. Io suppongo che si tratti di infezioni secondarie provocate dai germi della pelle.

Nelle piaghe che decorrono normalmente una sterilizzazione radicale della pelle circostante, eseguita di tanto in tanto, riduce la secrezione a così poca quantità che la medicatura può restare in posto pulita per molti giorni.

2. *Ferite recenti.* — Intendo parlare di quelle ferite, inquinate o non, nelle quali era da presumere che i germi non avessero ancora attecchito. E dico presumere per lasciar intendere l'incertezza della cosa. Alla pelle circostante a queste ferite veniva di regola applicato un trattamento antisettico con cloruro di calce. Poi se, per la natura del proiettile e per i caratteri degli orifici, si presumeva che il tragitto non fosse inquinato, dopo averne superficialmente escisso i margini contusi, si faceva una medicazione occlusiva. Altrimenti, escissi i margini delle ferite cutanee, si ingrandiva il tramite e se ne escideva la superficie più o meno abbondantemente, secondo i casi. Infine, se l'escissione era parsa completa e se era possibile colmare tutti gli spazi vuoti ed eseguire una esatta emostasi, la ferita veniva suturata completamente, altrimenti parzialmente o non suturata affatto.

La massima parte di questi feriti nulla provano poichè non è possibile distinguere quanta parte abbia avuto nel successo il trattamento antisettico e quanta quello chirurgico; però vi sono alcuni feriti dal decorso dei quali qualche deduzione si può trarre.

Per es., su 4 feriti con lesioni osteo-articolari (2 gomiti, 2 ginocchi) nelle quali fu fatta una sutura completa dopo escissione dei tramiti, si ebbero 4 guarigioni del tutto asettiche.

Egualmente guarirono 2 amputazioni di coscia, 2 di gamba, 2 di avambraccio, 1 amputazione osteoplastica secondo Gritti e 2 secondo Pirogoff che furono cucite completamente.

Lo stesso dicasi di 3 ferite cranio-cerebrali e di 5 con lesioni craniche a dura madre integra.

Tra le ferite dell'addome, la massima parte furono lasciate parzialmente aperte, almeno negli strati superficiali; perciò da esse non si possono trarre conclusioni. Però 6 laparotomie esplorative guarirono completamente di 1ª intenzione; inoltre 4 laparotomie trans-pleuro-diaframmatiche guarirono senza alcun segno di flogosi pleurica.

3. *Operazioni asettiche.* — In questo gruppo sono comprese anche alcune operazioni eseguite su borghesi in un periodo durante il quale si dovette assumere anche l'assistenza della popolazione civile.

Complessivamente sono stati operati:

Escissioni di ganglio sinoviale di polso 1, di cicatrice dolorosa cutaneo-aponeurotica 1, di tumoretto fibroso cutaneo 1, plastiche per lab-

bri leporini 2, legature (lontano dalle ferite che le richiesero) di carotide 1, di a. linguale 1, ernie strozzate 2, occlusione intestinale 1, isterectomie addominali 2, colecistectomia 1, plastiche cinematiche di monconi di amputazione 2.

Tutti questi interventi guarirono di 1ª intenzione eccettuati 2, e precisamente: una isterectomia per cancro del collo dell'utero diffuso al corpo e alla vagina (si ebbe una suppurazione extraperitoneale); ed una plastica cinematica di moncone di braccio (si ebbe un ascesso lontano dalla plastica cutanea nel punto ove si era disinserito il tendine del m. grande pettorale situato nelle immediate vicinanze dell'estremo del moncone non ancora completamente cicatrizzato). In ambedue i casi le complicazioni non compromisero il risultato definitivo degli interventi. E questi non possono essere considerati come compiuti in territori asettici; così che a rigore dovrebbero essere esclusi da questo gruppo.

Concludendo a me pare che il cloruro di calce per la sua innocuità, per il suo potere detersivo, per il suo mite prezzo e principalmente per le sue qualità antisettiche possa essere utilmente impiegato nella sterilizzazione della pelle.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La diagnosi e il trattamento dell'ulcera duodenale.

(G. REESE SATTERLEE. *Medical Record*, 17 agosto 1918).

Il sintoma più costante in questa malattia è il *dolore*, generalmente localizzato all'ipocondrio destro, con irradiazioni all'epigastrio ed alla regione intercostale; insorge da due a sei ore dopo i pasti, di solito con una certa regolarità nello stesso individuo. Spesso è intermittente, durando, p. es., un mese e cessando poi per poche settimane.

Il dolore ha carattere acuto e spasmodico, quando l'ulcera si trova presso al piloro; negli intervalli vi è una certa dolenzia sorda nella regione duodenale, il paziente ha come la sensazione che vi sia qualche cosa di anormale in detta regione. Frequente è anche il dolore di schiena: ed è abituale una certa sensibilità localizzata all'ipocondrio. Il dolore si calma con piccole quantità di cibo o di alcali ed aumenta invece con gli acidi, la carne, i pasti abbondanti.

Disturbi digestivi. — Si notano talvolta ad intermittenze nausea e vomito durante gli accessi dolorosi; quando l'ulcera è attivamente sanguinante, si ha ematemesi e melena, spesso occulta. Quasi costante è la flatulenza, mentre è variabile la costipazione. Spesso si hanno anche i sintomi di appendicite cronica.

Tossiemia. — Sembra caratteristica dell'ulcera duodenale ed è differente da quella comune nelle lesioni del colon. È probabilmente dovuta ad assorbimento, a traverso i linfatici, di prodotti settici dall'essudato infiammatorio alla base dell'ulcera, ed ai prodotti biochimici dell'epitelio duodenale. I sintomi risultanti sono lievi sensazioni di brivido, leggere elevazioni di temperatura e depressione mentale. Piccole lesioni nel duodeno, che è molto sensibile, possono provocare gravi disturbi generali, come si può notare negli eventuali maltrattamenti durante atti operativi.

Quando l'ulcera è prossima al piloro ne può risultare stenosi pilorica, con il solito corteo dei sintomi. Trattasi sempre di condizioni che durano a lungo, iniziandosi con i sintomi dell'ulcera duodenale, mentre compaiono in seguito quelli della gastrectasia. Spesso non vi sono sintomi gastrici imponenti, ma l'emaciazione è progressiva. Nei casi gravi invece il paziente accusa malessere e dolore dell'epigastrio, flatulenza, dolore da fame, vomito di grande quantità di cibo, accumulatosi nello stomaco, emaciazione e, di solito, costipazione. Molti però non consultano il medico che ad un periodo molto tardivo della malattia.

L'esame fisico dei pazienti mostra di solito degli individui ben nutriti, senza segni evidenti di dilatazione gastrica. Generalmente si nota sensibilità all'ipocondrio destro, sopra il duodeno; i punti dolorosi si trovano lungo i nervi intercostali inferiori, con un'area dolorosa localizzata al decimo spazio intercostale, a destra della colonna vertebrale: nell'ulcera gastrica invece tale area si trova a sinistra, senza però che detta regola sia costante. La compartecipazione dei nervi intercostali può spiegarsi con le loro connessioni col plesso celiaco del simpatico: più spesso però va attribuita all'effetto della tossiemia generale che invade tutto il sistema nervoso.

Affatto caratteristica è l'espressione del viso, che, come risultato del dolore e del malessere continuati, si fa ansiosa, con i tratti stirati, i solchi naso-labiali approfonditi, le occhiaie profonde ed oscure, la pelle abbronzata. La lingua può essere solo poco impaniata, a meno che non vi sia contemporaneamente gastrite e tossiemia intestinale.

Spesso la diagnosi non può accertarsi che con i raggi X; i reperti caratteristici sono: mancanza di riempimento con la pappa di bismuto, linee irregolari, residui nel duodeno, spasmo del piloro. Quest'ultimo va accuratamente differenziato dai riflessi dovuti a lesioni in altre parti del tratto gastro-intestinale. Talvolta i reperti ai raggi X forniscono indicazioni più precise dell'ispezione, durante la laparotomia. Contribuiscono molto alla diagnosi l'aumento di peristalsi dello stomaco e del duodeno. Invece i risultati forniti dal pasto di prova hanno poco valore: spesso si nota ipercloridria, ma anche acidità normale o subnormale.

Notevole aiuto nella diagnosi può fornire il tubo duodenale, sia per l'estrazione del contenuto duodenale, p. es., pus e sangue, sia per un aiuto nel rendere visibile il duodeno. In qualche caso, quando la rapidità del passaggio del bismuto o del bario non permette una visione netta, le irregolarità possono venir dimostrate col tubo in posto, riempito con bario. Si deve anche rammentare che vi possono essere delle deformità apparenti alla sommità del duodeno durante i primi minuti dall'ingestione della pappa di bismuto, in conseguenza del primo passaggio lento ed imperfetto del contenuto gastrico nel duodeno. Questo errore può venire rettificato continuando bene l'osservazione per venti minuti. Così vanno interpretate con opportuna cautela le radiografie prese nei primi venti minuti, che presentano tale carattere.

Talvolta ha un certo valore la prova del filo che è assai semplice, ma fornisce risultati che possono talvolta fuorviare, poichè la presenza di sangue non permette sempre di concludere per un'ulcerazione.

***

Per un *trattamento* efficace è necessario tenere in considerazione tutti i punti diagnostici e la localizzazione delle lesioni; fortunatamente le lesioni duodenali sono raramente maligne.

Il trattamento può essere palliativo e curativo; il primo può anche portare a guarigione radicale, sebbene in fondo tutti questi pazienti debbano venir considerati come pericoli chirurgici. La medicina e la chirurgia hanno di fronte ad essi la stessa responsabilità: quelli che sostengono che la maggior parte delle ulcere può venir curata con mezzi medici hanno probabilmente avuto un buon numero di casi fortunati, ma una tale dottrina è perniciosa. D'altra parte anche l'operazione può fallire.

Le ulcere sifilitiche possono rispondere al trattamento; però una reazione di Wassermann positiva e la presenza di tubercolosi non escludono l'atto operativo.

I punti essenziali nel trattamento sono: *a*) la dieta; *b*) il riposo; *c*) i medicinali; *d*) il trattamento locale. La dieta speciale va combinata col riposo in letto; sono state fatte diverse modificazioni alla nota dieta di Lenhartz, ma la formola deve essere elastica per seguire le variazioni individuali. Nei primi dieci giorni è necessario seguire una dieta rigida di latte, uova, o albume d'uovo con frequenti pasti; in seguito si aumenta gradatamente, adottando una lista di cibi ben sopportati dal paziente.

In generale i cibi ben digeribili e non irritanti sono: latte, naturale o fermentato: albume d'uovo, frutta non acide, pane raffermo o abbrustolito, burro, panna, vegetali cotti specialmente verdi, cereali, specialmente farina d'avena. Gli alimenti generalmente controindicati sono tutte le specie di carni e di pesce, frutta acide e crude, aceto, spezie, grandi quantità di zucchero, vegetali pesanti e ricchi di amido, come le patate; non sono controindicati i cibi con grande quantità di cellulosa e di crusca, che sono poi molto utili contro la costipazione.

Medicamenti. — Molto utili sono gli alcalini, anzi apparentemente necessarii in molti casi; migliore è il bicarbonato di sodio; viene poi la magnesia. In parecchi casi danno un miglioramento temporaneo il sottonitrato di bismuto con carbonato di magnesia pesante. È anche molto utile l'acqua calda od il latte con bicarbonato di soda. Questi alcalini vanno somministrati da due a quattro ore dopo il pasto e durante la notte: essi non vanno però considerati come curativi ma solo come palliativi.

Negli accessi dolorosi sono necessari alcuni preparati di oppio, fra cui la tintura d'oppio e la tintura d'oppio canforata. La morfina, per iniezioni ipodermiche può usarsi quando è troppo grande l'irritabilità gastrica, ma non dà risultati soddisfacenti, quanto i preparati di oppio. L'ortoformio dà migliori risultati nelle ulcere gastriche che nelle duodenali in cui è talvolta di dubbia efficacia.

L'A. ha usato il benzoato di benzile per calmare il pilorospasmo ed il dolore conseguente; il paziente in ½-1 ora ne sente un beneficio notevole seguito da un sonno ristoratore; in seguito però, dopo un lungo uso, i buoni risultati si ottengono solo con dosi alte. Altri ha ottenuto buoni effetti con l'adrenalina per via ipodermica (1 cmc. della soluzione a 1 ‰), che, per la sua azione sui muscoli lisci, avrebbe la stessa azione del benzoato di benzile per calmare lo spasmo.

Di qualche valore sono le applicazioni locali del caldo o del freddo all'addome.

Circa *l'uso del tubo duodenale,* lo si lascia nello stomaco per tutta la notte, dando eventualmente del benzoato di benzile se si osserva pilorospasmo; il mattino seguente, a stomaco vuoto, si lava il duodeno con acqua mediocremente calda o con soluzione di soda. Si fanno poi seguire instillazioni di nitrato d'argento (100 cmc. della soluzione a 1/20,000-1/1000) o di argirol a 20 %. Si ottiene con ciò un miglioramento dei sintomi; si deve però impedire di lasciare la soluzione di nitrato d'argento nello stomaco, di cui bisogna aspirare il contenuto prima di levare la sonda. Questo trattamento può continuarsi anche a casa del paziente stesso. In qualche individuo in cui l'acido cloridrico è insufficiente, ha dato buoni risultati la somministrazione di acido cloridrico, ciò che dimostra che il dolore non è sempre causato dagli acidi. D''altra parte grandi quantità di alcali possono ostacolare la digestione.

L'enteroptosi, la costipazione e la stasi intestinale vanno curate a dovere: molti di tali casi sono presi erroneamente per ulcere duodenali, in quanto che la sintomatologia della stasi gastrica è affatto simile a quella dell'ulcera. L'ulcera duodenale va sempre considerata come una condizione seria, per il pericolo della perforazione, in cui un ritardo nell'operazione può essere fatale. I sintomi della perforazione consistono in un dolore improvviso, acuto all'epigastrio, accompagnato da svenimento o anche da collasso; l'addome è retratto, estremamente sensibile al toccamento. All'inizio, il vomito può esservi o anche mancare: affatto eccezionale è il vomito sanguigno: in tali condizioni si impone l'atto operativo, con o senza gastroenterostomia.

Per quanto riguarda il trattamento dei casi cronici, le opinioni sono estremamente variabili; di solito, i medici propendono per il trattamento medico, i chirurghi per il chirurgico, ciò che, in fondo, è naturale in quanto che ognuno consiglia ciò che conosce meglio. Ad ogni modo il parere del medico internista deve sempre venire richiesto.

Molti degli insuccessi, di cui si incolpa il *trattamento chirurgico,* vanno attribuiti sia al fatto che l'operazione non era indicata, oppure si doveva ricorrere ad altri atti operativi (per esempio, resezione del colon destro), oppure la tecnica seguita era difettosa.

In una statistica di S. W. Duper riguardante 13 casi, 3 di essi, registrati come insuccessi, appartenevano a tali categorie: gli altri dieci diedero tutti buoni risultati. Notevole è il numero di casi in cui vi era concomitante appendisite (9 su 10): 5 di essi erano stati sottoposti ad appendicotomia un anno prima della gastroenterostomia. In un caso, con sintomi che sembravano deporre per carcinoma, si dovette procedere a quattro atti operativi prima di ottenere la guarigione.

Secondo l'A. va seguito il consiglio di Hartmann, di aprire lo stoma, più che sia possibile presso al piloro, nel punto in cui si incontrano la grande e la piccola curvatura.

Conclusioni. — 1° Nell'ulcera duodenale vi è la necessità di un'esatta diagnosi differenziale dall'ulcera gastrica, in quanto che la prognosi ed il trattamento differiscono essenzialmente.

2° Il trattamento dell'ulcera duodenale è abitualmente medico e chirurgico; nessuno di questi va trascurato.

3° Nel trattamento medico si ricorre al riposo, lavatura e medicazione duodenale.

4° L'operazione è indicata nei casi gravi.

5° La gastro-enterostomia può essere inutile se non sono rimosse le condizioni patologiche nella fossa iliaca destra.

6° In tutte le operazioni per appendicite cronica, bisogna ispezionare accuratamente l'ipocondrio destro, alla ricerca di una eventuale ulcera duodenale, che spesso l'accompagna.

7° Una buona radiografia, con fluoroscopia della regione gastrica e duodenale, sono di grande importanza e talvolta hanno maggior valore che la semplice ispezione, durante l'operazione.

FILIPPINI.

Sul tetano cronico.

(Dott. BAISCH. *Münch. med. Woch.*, n. 5, 1918).

La straordinaria frequenza dei casi di tetano nei primi mesi della guerra suscitò una viva discussione sulle diverse possibilità di cure, che non riuscì però a determinare un metodo assolutamente sicuro; rimase solo stabilito che la iniezione antitossinica profilattica fosse l'unico mezzo per impedire o, per lo meno, attenuare la malattia, e le inoculazioni resero effettivamente più rari i casi. Consecutivamente vennero scoprendosi nuovi fatti interessanti ed importanti sulla natura del tetano stesso. Generalmente si riteneva il tetano nell'uomo come una malattia tipica acuta che, insorgendo dopo un periodo di incubazione di 20 giorni al massimo, coi noti fenomeni, conduceva nei casi gravi alla morte, nei leggeri ad una lenta guarigione. Le esperienze fatte durante la guerra dimostrarono intanto che il tetano poteva com-

parire dopo un tempo lunghissimo, dopo 3 a 6 mesi od anche un anno dalla ferita. Tali casi di tetano tardivo sono stati ultimamente descritti da Lossen (6 mesi), Beccher (3 mesi) e Strater (13 mesi) e furono anche constatati nell'esercito francese parecchie volte, secondo la comunicazione di Bazy all'Accademia di Parigi. Essi ordinariamente stanno in rapporto con un processo infiammatorio della vecchia ferita (irritazione artificiale del callo od operazione di un'ernia cicatriziale). Come spiegazione del fatto è da ritenere che le spore tetaniche latenti nella ferita si rendano attive per un nuovo trauma sebbene anche insignificante. In taluni casi in cui era stata già praticata la iniezione preventiva questa ha potuto impedire una infezione primitiva, ma ha perduto dopo un certo tempo la sua potenza immunizzante. È notevole un caso riferito nel quale, dopo 10 mesi dalla avvenuta ferita, operandosi l'estrazione di alcune schegge di granata, fu accertata mediante cultura la presenza di bacilli del tetano.

Il decorso cronico del tetano dimostrò in un gruppo di casi il fatto che esso non presentava i noti, gravi fenomeni generali, ma si limitava ad una parte del corpo, ordinariamente all'estremità lesa e alle sue vicinanze; in altri casi, parecchio tempo dopo la scomparsa e la guarigione apparente del tetano, sopraggiungeva un nuovo accesso, cioè una recidiva, seguita poi talora da altre, e questi casi sono stati descritti con sempre maggior frequenza.

I casi di tetano locali si possono spiegare ammettendo che la iniezione profilattica non previene l'infezione, ma ne arresta il cammino ed impedisce così la malattia generale; nei non vaccinati il corpo deve aver la capacità di formare rapidamente le antitossine attive; la cessazione della immunizzazione spiega le recidive, ciò che è una prova della breve durata di questa immunizzazione. Questi casi di tetano cronico localizzati ci offrono la possibilità di studiare la diffusione e l'azione tossica del *virus* tetanico nell'uomo perfettamente come si era abituati finora a fare solo negli esperimenti sugli animali.

L'A. riferisce il caso di un riservista, ferito in febbraio 1916 da una scheggia di granata nella coscia e nella gamba destra, nel quale si manifestarono i primi fenomeni locali di tetano dopo 3 mesi, e dopo 7 mesi un nuovo attacco tipico. Come si è accennato, deve ritenersi esistesse già una infezione latente o, più probabilmente, che l'iniezione profilattica avesse impedito l'insorgere della malattia, dovuta alla cessazione dell'immunità. Nel caso riferito le iniezioni di 10-15 cmc. di soluzione all'1 % di novocaina provocarono sempre, nel campo della loro azione, una completa risoluzione della contrattura.

Conformemente ai casi descritti da Meyer e Weiler, anche in quello riferito dall'A. per mezzo dell'anestesia lombare con 0.04 di stovaina, che determinava una completa anelgesia del perineo e dei piedi con aumento della motilità ed ipoalgesia soltanto della coscia, le contratture diminuivano, ma non cessavano completamente.

L'A. crede che una prova fondamentale della origine ganglionare della contrattura muscolare sia data dal fatto che le ripetute iniezioni di antitossina nelle diramazioni nervose, una volta intraneurale e due volte intralombari, ebbero una manifesta influenza, diminuendo la contrattura stessa.

Concludendo: quello riferito dall'A. è un caso tipico di tetano cronico recidivante, costituito da contrattura muscolare di natura ganglionare determinata da una duratura alterazione della funzione del midollo spinale. Questa deve consistere in un'aumentata eccitabilità dello stimolo tattile per cui non è più normale il ritorno del muscolo al suo stato di riposo.

DE CHIARA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta 11 *maggio* 1918.

Presiede il presidente prof. G. SPERINO.

Sulla tossicità dei liquidi parassitari.

RAVENNA E. — L'O. si proponeva di ricercare se riuscisse sperimentalmente la dimostrazione della genesi tossica di accessi convulsivi. E ricorse a tal uopo alla iniezione sottodurale di liquido sterile di cisti da echinococco e di liquido della cavità celomatica degli ascaridi.

Per il liquido di cisti da echinococco venne alle conclusioni che esso non è tossico per i comuni animali di laboratorio: come pure giunse a negare una anafilassi attiva provocata da iniezioni ripetute, colle norme indicate, del liquido medesimo negli animali più adatti

I primi tentativi di introduzione sottodurale di liquido di ascaridi gli diedero talvolta dei risultati di gravissimi disturbi, seguiti o non da morte, o rapidissima o a breve scadenza.

I primi reperti indussero l'O. ad estendere le ricerche con tale liquido parassitario, che provò ricorrendo a svariate vie di introduzione in equini, cani, conigli, cavie e topolini bianchi. I fenomeni tossici più gravi insorsero in equini e in cani: si dimostrarono insensibili i conigli e i topolini bianchi, delle cavie parvero sensibili di preferenza le più giovani

L'O. pensa a un nesso probabile tra varie infezioni intestinali e i zooparassiti.

Fanno osservazioni BIANCHERI e BOSCHETTI.

Studi intorno ai mezzi di lotta contro i ratti delle trincee. Risultati ottenuti in pratica.

GAZZETTI C. — Come è noto, il problema della distruzione dei ratti non è soltanto una questione di igiene estetica, ma interessa assai da vicino la pubblica salute e l'economia.

Infatti la diffusione di molte malattie infettive può essere aumentata per causa dei topi (colera, tifo, dissenteria, ecc.), mentre altri morbi contagiosi trovano nei sozzi animali la vera causa del loro propagarsi (peste, ittero-emorragico, sokòdu). Si aggiungano i danni economici per il consumo di derrate alimentari.

È noto inoltre che le truppe combattenti vivono in forzata comunanza coi topi, i quali in alcuni settori del nostro fronte avevano raggiunte proporzioni numeriche impressionanti.

Dagli studi compiuti per incarico del Comando Supremo, l'O. si convinse che, per ottenere effetti reali ed evitare inconvenienti, era necessario istituire un apposito servizio creando squadre addestrate alla caccia dei topi coll'uso dei veleni e dei mezzi meccanici più adatti. Non credette che fossero adottabili i mezzi biologici (microrganismi) perchè pericolosi e di scarso risultato. Scelse invece come agenti chimici il fosfuro di zinco e il succo di scilla preparato da una varietà di scilla marittima attivissima, unica riscontrata fra i campioni di tutta la bassa Italia e della Sicilia; e, fra i numerosi mezzi meccanici, trovò convenientissime le trappole a *nassa* e il vischio; quest'ultimo specialmente per il topolino domestico (*mus musculus*).

Le proposte dell'O. furono accettate e chiedono spiegazione LEVI e CENTANNI.

Sull'origine delle piastrine del sangue.

GAZZETTI C. — L'O. ricorda che nel 1906 il Wright, in base ad osservazioni sul midollo delle ossa, enunciò l'ipotesi che le piastrine del sangue dei mammiferi derivassero dai megacariociti. La nuova concezione fu appoggiata dall'Ogata, ed in Italia dal Foà e dal Cesaris-Demel, con minuziose ricerche sul midollo osseo e sulla milza.

Durante gli studi compiuti intorno alla lotta contro i ratti delle trincee, l'O. approfittò della facile cattura di numerose femmine gravide di *mus decumanus*, che è provvisto di piastrine alquanto grosse, per eseguire osservazioni sul fegato di embrioni a differente sviluppo. Le sue indagini gli dimostrarono come effettivamente la sostanza granulosa del protoplasma dei megacariociti appaia dapprima raccogliersi in areole, le quali si individualizzano sempre più fino a rimanere bene isolate le une dalle altre per parte di uno straterello di sostanza ialina, e come da ultimo tutto il protoplasma si divida in corpicciuoli simili alle piastrine circolanti. I preparati fatti dall'O. per striscio e colorati col May-Giemsa risultavano quanto mai dimostrativi perchè in essi si osservavano dei megacariociti, che si potrebbero chiamare immaturi, nei quali la sostanza granulosa era uniformemente distribuita nel citoplasma, ed ancora tutte le modificazioni sopradescritte fino alla suddivisione completa del protoplasma cellulare. Il reperto dei preparati a secco appariva confermato dall'osservazione a fresco con colorazione vitale al Brillant-Kresylblau e Sudan III secondo Cesaris-Demel, e a questa osservazione l'O. attribuisce speciale importanza, perchè, quando venga eseguita con buona tecnica ed entro i limiti di tempo voluti, rassicura assai di più che le particolarità rilevate non siano da attribuirsi ad alterazioni.

C. GAZZETTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme cliniche dell'uremia.

F. Heim e J. Tihertkoff (*Revue médicale de la Suisse normande*, gennaio 1918) fanno rilevare la differenza del quadro clinico fra l'uremia dovuta a ritenzione di cloruri o di urea e la pseudo-uremia per disturbi cardiovascolari; in quest'ultimo caso essa è il risultato di un disturbo circolatorio nei centri nervosi, mentre l'arteriosclerosi renale è solo una manifestazione locale dell'arteriosclerosi generale.

Il primo tipo, con tendenza alle convulsioni e alla cloruremia, si osserva specialmente nei giovani, la vera uremia — da ritenzione di urea — si osserva invece a tutte le età, la pseudo-uremia di solito dopo i 40 anni. Nel primo tipo i disturbi sono essenzialmente di natura meccanica da ritenzione di sale e di acqua; nel secondo tipo sono invece di natura tossica, dovuti specialmente all'urea ed all'indicano. Il terzo tipo comprende sintomi che rassomigliano alla vera uremia, ma che risultano invece da disturbi circolatorî. La vera uremia si diagnostica specialmente con la ricerca dell'indicano nel sangue.

Nel primo tipo si ha di solito la guarigione: la morte è inevitabile nella vera uremia, mentre la pseudo-uremia permette di sopravvivere a lungo.

Il trattamento del primo tipo consiste nella restrizione di sali e di acqua, nel secondo di alimenti albuminoidi e di sali; nella pseudo-uremia occorre limitare alquanto i liquidi, concedere riposo fisico e mentale, e somministrare eventualmente dei tonici e stimolanti cardiaci.

FIL.

La costante ureo-secretoria in chirurgia.

Legneu e Chabanier (*Paris Médical*, 1917, n. 42) affermano che prima di qualsiasi operazione sarebbe utile esplorare il valore funzionale dei reni. Il consiglio può sembrare eccessivo, ma alcune osservazioni isolate, come gli studi metodici fatti sui prostatici, dimostrano che molti degli incidenti che si verificano in seguito ad un'operazione si devono attribuire ad un'insufficienza renale.

Due fenomeni importanti si producono quasi sempre in seguito ad un intervento chirurgico: la diminuzione della diuresi acquosa e l'aumento della disassimilazione azotata. Questi due fattori, la cui esagerazione può avere talvolta gravi conseguenze, si osservano per lo meno in grado leggero in seguito anche agli interventi più semplici, più facili, ed anche quando i fatti locali decorrono felicemente senza alcuna complicanza. Da questi fatti risulta come conseguenza immediata l'aumento della concentrazione dell'urea nell'urina e nello stesso un'azotemia acuta, la quale deve tanto più temersi quanto più la funzione renale è alterata.

La costante ureo-secretoria dà una misura precisa del valore funzionale dei reni la cui conoscenza è necessaria al chirurgo. La costante indica lo sforzo di cui il rene è capace. La durata dell'intervento che deve effettuarsi, il grado della infezione che ordinariamente segue ad esso, lo stato generale del malato, sono altrettanti elementi che il chirurgo dovrà vagliare. In riguardo alla natura dell'operazione, ad esempio, il grado dell'alterazione della funzione renale dovrà avere una importanza diversa a seconda che si tratti di una semplice appendicectomia o di un'isterectomia. L'insufficienza delle nostre conoscenze in riguardo all'azione delle intossicazioni e delle infezioni sull'idratazione dei tessuti ed in linea generale sulla secrezione acquosa non consente di essere molto precisi in tali giudizi: in ogni caso il chirurgo, oltre che agli esami di laboratorio, dovrà fare sempre appello al suo senso clinico.

In ogni modo l'importanza della costante ureo-secretoria in chirurgia generale sta nel fatto che essa indica in modo preciso il funzionamento di un organo sensibile alle intossicazioni post-operatorie e che avverte del pericolo, che sarà tanto più grave quanto più essa è elevata.

Quando in un soggetto si troverà una costante ureo-secretoria elevata si sarà indotti a vagliare con più attenzione gli elementi prognostici forniti dall'esame clinico, a mettere l'infermo nelle migliori condizioni possibili, ossia a diminuire le cause di infezioni già esistenti, a migliorare la capacità di eliminazione acquosa con una dieta appropriata ed infine a preferire l'anestesia regionale o locale a quella generale.

a. a.

Anuria da calcolosi trattata con la decapsulazione del rene e col drenaggio della pelvi renale.

H. Bronnum (*Edinburgh medical Journal*, luglio 1918) riporta il caso di un soldato con una lunga storia clinica, in cui predomina il fatto di una ferita al triangolo di Scarpa destro da scheggia di shrapnel, che passando dalla base del pene, finì alla coscia sinistra. Ne residuò una fistola uretrale.

Ebbe in seguito periodi di febbri, con elimi-

nazione di pus nell'orina, poi oliguria con eliminazione di calcoli; dopo un altro periodo di febbri, accompagnato da cefalea e da dolore nella parte superiore dell'addome a destra, venne asportato il rene destro, ridotto ad una sacca di pus, con piccoli calcoli nella pelvi.

Dopo un periodo di apiressia, ricominciarono le febbri, accompagnate da dolore al rene sinistro, e da eliminazione di pus e di piccoli calcoli di fosfati per l'orina; con il cateterismo dell'uretere sinistro si ebbe il reperto del *B. coli*.

Dopo un certo tempo, si verificò assoluta anuria: col cateterismo non si ottenne che circa 30 cmc. di pus; il paziente accusava un dolore sordo al rene sinistro, senza però avere delle coliche. Gli impacchi caldi, i diuretici, i diaforetici rimasero senza effetto; il paziente era in coma, con spiccato odore di acetone nell'alito.

Venne deciso l'intervento operativo. All'incisione lombare, si notò notevole edema del connettivo perirenale: il rene era grosso e teso, ma la pelvi non era distesa; non vi erano calcoli nell'uretere. Venne decapsulato il rene, facendo poi un'incisione nel parenchima fino alla pelvi: ne sfuggì del pus e dell'urina. Con il dito si palpò un calcolo rugoso (di fosfati?) in uno dei calici; non ne venne praticata l'estrazione per non fare ulteriori mutilazioni.

Attraverso la sostanza renale si introdussero due tubi di gomma, fino alla pelvi, mettendo poi della garza all'eusol attorno al drenaggio e suturando parzialmente la ferita.

Due giorni dopo l'operazione, venne eliminata una grande quantità di urina a traverso il drenaggio, le condizioni generali migliorarono assai: cinque giorni dopo venne eliminata l'urina per le vie naturali, e più tardi un piccolo calcolo.

Dopo sei settimane il paziente si potè alzare, con la ferita guarita: eliminava orina in quantità normale; essa però conteneva sempre del pus.

Dopo 15 giorni si ebbe un altro attacco di anuria con vomito, sintomi generali di uremia. Con una nuova operazione, a traverso la vecchia cicatrice si arrivò al rene, applicando un altro drenaggio: dopo due giorni ricominciò la secrezione orinaria e nella notte del terzo giorno si ebbe a traverso le vie naturali l'eliminazione di oltre 1800 cmc. di urina. Anche le condizioni generali migliorarono; in seguito però il polso divenne debole ed irregolare, il cuore non rispondeva agli stimolanti, finchè il paziente morì, 15 giorni dopo la seconda operazione.

ini.

(16)

L'enuresi essenziale notturna in guerra.

La incontinenza delle urine essenziale notturna rappresenta un'affezione ancora abbastanza frequente tra i soldati. Essa costituisce un disturbo molesto non solo per il paziente, ma anche per coloro che devono convivere con lui, come è il caso dei soldati. Se non si corresse il rischio di dare incremento alla simulazione, sarebbe il caso di riformare senz'altro tutti quelli che soffrono di enuresi. Ma è ovvio pensare che con questo sistema sarebbero eliminati dall'esercito più simulatori che individui realmente sofferenti. Uteau, Schwab e Ratou (*Paris Médical*, 1917, n. 42) pensano perciò che bisognerebbe trovare dei mezzi per documentare obbiettivamente la esistenza della incontinenza urinaria. A tale riguardo essi hanno fatto degli studi sistematici sullo stato funzionale dei reni, sulla composizione delle urine prodotte, sul funzionamento dell'organo espulsore dell'urina e sullo stato mentale degli individui che ne sono affetti. I risultati di queste ricerche hanno dimostrato che questi soggetti, malgrado la loro apparenza robusta, sono dei deboli.

Essi presentano un leggero grado di debolezza renale che si traduce con qualche disturbo della eliminazione, con una tendenza alla diminuzione dell'acidità e dei fosfati che si ha di notte, e sopratutto in quelle notti nelle quali si ha l'enuresi. Questi fatti autorizzano a ravvicinare l'incontinenza di urina ad una specie di crisi di «nevrosi renale».

L'apparato muscolare (come è dimostrato dalle prove manometriche e con uno speciale apparecchio registratore dell'ora della minzione) tanto vescicale che sfinterico è notevolmente indebolito.

La cerebralità infine degli incontinenti è anche essa molto debole, ed è forse questa debolezza mentale quella che domina tutte le altre. Si hanno fenomeni di insufficienza dell'inibizione, che è pure una delle caratteristiche dei degenerati.

L'incontinenza notturna non è quindi un sitomo isolato, ma costituisce un elemento di un'entità morbosa, o meglio di una sindrome clinica affatto speciale. Con siffatto criterio riesce possibile differenziare l'incontinenza reale da quella che è simulata. È sopratutto per questo fatto che l'emissione notturna di urina si ha nelle forme non simulate in ore speciali, le prime della notte.

Conviene dunque dal punto di vista militare far esaminare gli incontinenti in formazioni sanitarie speciali. In ogni modo, qualora i

fenomeni concomitanti dimostrassero la reale esistenza del disturbo, per ovvie ragioni di disciplina e di igiene conviene allontanare dall'esercito gli individui affetti da enuresi notturna. *a. a.*

La glicosuria nei feriti di guerra.

Rathery (*Paris Médical*, 1917, n. 42) ha studiato in un ospedale dell'esercito francese la frequenza ed i caratteri clinici della glicosuria nei feriti di guerra.

In base a tali studi l'A. può affermare che la glicosuria traumatica non è molto frequente, avendola constatata solo nel 4.24 % di feriti.

La glicosuria non sembra sopravvenire elettivamente nei traumi cranio-cerebrali: è stata constatata sopratutto nelle ferite degli arti inferiori e superiori, e specialmente negli individui con ferite multiple; pare che essa non sia in rapporto con la gravità della ferita.

La glicosuria nei feriti di guerra raramente passa i 20 grammi nelle quattro ore, di solito oscilla fra 3 e 4 grammi. È spesso intermittente e scompare rapidamente: i due casi più lunghi sono stati uno di 24 giorni in un individuo ferito gravemente all'arto inferiore, e l'altro in sei mesi a tipo intermittente.

La glicosuria traumatica sembra influenzata, almeno in parte, dall'alimentazione.

Negli individui seguiti lungamente l'A. non ha mai osservato casi di diabete consecutivo.

Tutto sommato, pare che nei feriti di guerra non si abbia mai come effetto del traumatismo un diabete vero e proprio, la glicosuria è sempre transitoria. *a. a.*

Frequenza dell'urinazione nella donna.

Questo argomento è stato oggetto di una elaborata relazione di H. G. Bugbee nella sezione per le malattie genito-urinarie del penultimo Congresso tenuto dall'Associazione medica Americana.

Esso ha provocato una lunga discussione.

È risultato che la pollacuria nella donna riconosce molteplici cause organiche, tra cui più frequente è l'uretrite con trigonite, primitive ovvero coesistenti con altre lesioni delle vie urinarie; tra queste sarebbe non rara la stenosi uretrale, generalmente ritenuta eccezionale nella donna; possono essere anche presenti pielonefriti, la sifilide renale, la tubercolosi renale, ecc.; spetta una certa importanza alla compressione della vescica dovuta a gravidanza, a tumefazioni, ad ascessi pelvici, a fibromi e spostamenti dell'utero, ecc.; menzioniamo ancora i calcoli lungo le vie urinarie; il prolasso renale, il prolasso uterino, i papillomi della vescica, le aderenze della vescica, le caruncole uretrali, il rene policistico, il cancro della vescica, le alterazioni dell'urina. Il dott. I. S. Koll richiamò l'attenzione sull'importanza che assume l'eccessiva acidità dell'urina nel determinare la frequente orinazione; essa spiegherebbe molti casi di così detta neurosi della vescica. Anche il dottor Bugbee convenne su questa interpretazione. R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(993) *Sull'epilazione.* — All'abb. n. 9390:

Non è consigliabile l'epilazione meccanica alla quale in genere suol succedere la rinascita di peli più grossi e più spessi. Sconsigliamo pure l'uso delle cosidette paste epilatorie. Il miglior mezzo è sempre l'epilazione elettrolitica purchè eseguita da persona esperta e con le necessarie cautele. V. MONTESANO

(994) Al dott. L. P. da L. d. R.:

Non possediamo un trattato moderno di cardiologia completo; consigliamo: MACKENZIE: a) *Malattie di cuore*, e b) *Principii di diagnosi e cura delle malattie del cuore*. — WENCKEBACH: *Le aritmie e il loro valore* (1). — VAQUEZ: *Les aritmies*. — MOHR e STAEHENLIN, vol. II; parte II: *Malattie degli organi circolatorî di Külhs*.

Per la chimica fisiologica volumi sintetici e moderni sono: LAMBLING: *Précis de biochimie*. — ARTHUS: *Précis de chimie phisiologique*, entrambi editi da Masson di Parigi.

Per la patologia del simpatico: CASTELLINO e PENDE: *Patologia del Simpatico*, edito da Vallardi. *t. p.*

(995) All'abb. n. 8357:

OUDIN e ZIMMARN: *Radiothérapie, Röntgenthérapie, Photothérapie*. J. Baillière, Parigi. L. 14. — ROATTA: *L'elioterapia nella pratica medica e nell'educazione*. Hoepli. L. 4. — P. CARTON. *La cure de soleil et d'exercices chez les enfants*. A. Maloine, editore. FIL.

(1) *Die unregelmässige Herztätigkeit und ihre Klinische Bedeutung.*

I quesiti pel « Doctor Justitia » e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

C. W. MALCHOW. *The sexual life* (La vita sessuale). Un vol. in-8°, di circa 300 pagine, V edizione. — C. V. Mosby company ed. St-Louis.

La nostra civiltà ha circondato il problema sessuale con tale mistero, che lo ha stranamente deformato, riducendo ad una cosa ipocritamente vergognosa quell'impulso animatore di tutta la vita organica che è l'istinto sessuale. Riesce quindi assai difficile parlarne con la franca chiarezza necessaria, evitando che si possa da qualche malevolo dare un'interpretazione quasi pornografica a concetti puramente scientifici.

Questo libro dell'A. evita un simile scoglio ed affronta il problema con una simpatica attitudine verso la donna, di cui è considerata con equanimità la vita sessuale, come impulso e soddisfazione.

Con uno stupido e brutale egoismo, l'uomo ha ricacciato in un canto la donna considerando per essa vergogna ciò che è per lui occasione di orgoglio. Eppure, dice giustamente l'A., non si è ancora compreso abbastanza che vi sono nobili donne che hanno forti passioni sessuali e soffrono grandemente per la loro soppressione. Non si può impunemente far tacere la voce della natura e lo spirito ed il corpo se ne risentono gravemente. Nè si considerano abbastanza gli effetti fisici della funzione sessuale e nemmeno le imperfezioni che debbono attribuirsi alla privazione di essa, specialmente riconoscibili nelle donne sotto forma di frigidità e di disturbi nervosi di vario genere, più o meno gravi. Sotto questo punto di vista, il libro dell'A. è una buona battaglia vinta, e ne è consigliabile la lettura a quanti si interessano di questo argomento vitale.

INDEX.

A. H. BUCK: *The Growth of Medicine from the earliest times to about* 1800. — New Haven, Yale University Press, 1917, di pag. XVIII-582, con figure. Price $ 5.00 netti.

Ecco un libro che in Italia ci manca: una storia compendiosa, sintetica, ma documentata e sicura dello svolgimento e dell'incremento delle scienze mediche dalle origini ai giorni nostri, o a quelli che di poco li hanno preceduti. Scrivere un tal libro didattico non è opera facile, perchè si rischia o di eccedere e di rendere ipertrofici alcuni secoli, ponendo d'altro canto in ombra immeritata figure e fatti importanti. Ora il lavoro di Albert H. Buck mi sembra ottimamente riuscito sotto questo punto di vista, poichè dà una esposizione lucida e piana dello scibile medico, dai primi albori orientali, da quello già avanzato posseduto dai Greci sino al secolo XVIII.

Anche per la storia della medicina, come per quella più generale degli eventi umani, sono stati seguiti due metodi: mentre alcuni raggruppano tutto il dottrinale intorno a dei « fuochi » centrali, dati da *eroi* nel senso carlyleiano, arbitri del corso storico dei fatti, altri tessono la narrazione in guisa che gli individui non hanno tanto predominio. Il Buck si è tenuto nel giusto mezzo, così che la sua storia non è una raccolta di biografie di sommi, ma questi operano nel loro ambiente, ove anche i minori hanno il loro debito posto.

Degni di menzione sono in questo libro alcuni capitoli sintetici su particolari argomenti, che lumeggiano speciali periodi: così quello sul significato del serpente nelle statue e nei voti dei templi di Esculapio, o l'altro sull'influenza del cristianesimo sulla evoluzione della medicina, oppure quello sugli ospedali e i monasteri nel medio evo.

Ed ora, prima di chiudere questa recensione troppo breve per riuscire adeguata, un rilievo che ha quasi carattere personale: il Buck, come appare dal sottotitolo, è *Formerly Clinical Professor of Diseases of the Eear, Columbia University; Consulting Aural Surgeon*, ecc. L'essere dunque, come l'autore, un preclaro otologo non costituisce una antinomia stridente per coltivare con grande successo la storia della medicina.

G. BILANCIONI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

VENTURI ANTONIO. Ospedale Civile di Urbino, Sezione chirurgica. Rendiconto clinico-statistico 1° gennaio 1911-31 dicembre 1915. — Urbino, 1916.

COLONIE MARINE E MONTANE PER I FIGLI DEI NOSTRI SOLDATI. Relazione morale-finanziaria-medica del 1916. Preventivo del 1917. — Roma, 1917.

CEPPELLINI PARINIO. L'educazione fisica nella scuola. — Genova, 1917.

SAMAJA NINO. Paralisi del ricorrente sinistro per ferita d'arma da fuoco nel torace. — Milano, 1917.

CANTELLI ORESTE. Di una varietà del riflesso oculocardiaco. (Riflesso oculo-cardiaco paradossale). — Napoli, 1917.

ROSSI GIACOMO e CALENDOLI ENRICO. Ricerche morfologiche, sistematiche e cliniche sul « Gruppo del Bacterium coli ». Memoria 1ª. — Portici, 1916.

ESCUDER NÚNEZ P. La parálisis periódica familiar. — Montevideo, 1917.

LANZILLOTTI BUONSANTI N. Giovanni Paladino. — Milano, 1917.

LEONE SALVATORE. Il tracoma nella provincia di Siracusa. XII relazione (1916-17). — Siracusa, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Pubblichiamo per intero l'interessante relazione SULL'ATTUALE PANDEMIA INFLUENZALE *letta il 17 corr. dal Direttore generale della Sanità, prof. comm.* A. LUTRARIO, *in seno al Consiglio Superiore di Sanità adunato in sessione plenaria straordinaria:*

LA PANDEMIA. — La forma infettiva che ha invaso gran parte d'Italia e che tanta commozione ha destato nel Paese, non è che un episodio della grande manifestazione epidemica che con fulminea rapidità ha invaso le Nazioni di Europa.

Negli ultimi due anni aveva dominato in America in forma molto grave, accompagnandosi ad una intensa epidemia di poliomielite anteriore acuta, che aveva determinato un'alta mortalità infantile.

Ora è la volta della vecchia Europa, dove si è propagata con infrenabile violenza a tutti i paesi dell'ovest e negli imperi centrali.

La malattia ha guadagnato anche la costa dell'Africa, bagnata dal Mediterraneo, e l'Asia.

Mancano notizie precise delle Nazioni orientali: ma deve esservi molto diffusa, per quanto è dato giudicarne dalle frammentarie informazioni che ancora ci giungono.

E' una pandemia non dissimile da quella del 1889-90, che molti in Italia ricordano.

È una pandemia non dissimile da quelle altre molte pregresse, che la storia della medicina ci ha tramandato.

Ora, come prima, mostra una forza espansiva grandissima; forza resa più intensa dalle circostanze dell'ora che volge. Basti considerare le necessità della guerra, che han messo a contatto, con vicenda sempre più accelerata, le popolazioni dei punti più lontani della terra, per dare il loro braccio all'immane conflitto.

Noi sbarrammo la via a tanti contagi, nonostante che l'Italia fosse il tramite obbligato di passaggio ad intense correnti di uomini, di animali, di cose, provenienti dalle plaghe più diverse del mondo.

Ma non era possibile sbarrare la via alla odierna forma morbosa. La potenza diffusiva del virus è tale che nessuna diga avrebbe potuto trattenerla.

È un tributo fatale a cui nessuna Nazione si sottrae.

Il tributo, ove è più grave, ove è meno grave. Noi, fortunatamente, siamo fra i paesi meno vulnerati tuttochè la malattia abbia percorso come una sinistra folata fiorenti zone del Paese.

CENNO STORICO. — La forma morbosa, che oggi tiene il campo della patologia, è conosciuta da antichissimo tempo.

La malattia avrebbe dominato in Roma persino 488 anni a. Cristo.

Notizie più sicure si hanno delle numerose pandemie verificatesi dopo l'èra volgare, da quella avvenuta nel 1173 all'ultima del 1889-90, che raccolse in Italia ed altrove un alto tributo alla mortalità. Tributo, dovuto in minima parte alla influenza come tale (per sè stante non è malattia grave: viene perciò chiamata il mal gentile!); e per la più gran parte, invece, dovuto ad infezioni secondarie, sovratutto a carico dell'apparato respiratorio.

Malgrado che la forma clinica non lasciasse fondate dubbiezze sulla natura della malattia, pure a deviare il giudizio ha concorso — fra l'altro — il fatto della ricorrenza estiva della infezione. Ma a ricondurre il giudizio sulla retta via ci soccorre la storia di pregresse pandemie. Delle quali 128 fra quelle meglio studiate sono così distinte per stagione: 52 si sono sviluppate d'inverno (massimo numero), 35 di primavera, 24 di autunno e 17 d'estate. Come si vede, la manifestazione epidemica non risparmia la stagione estiva, per quanto vi sia meno frequente che nelle altre stagioni dell'anno.

DIFFUSIONE E DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA. — La malattia ha fatto la sua comparsa in Italia fin dalla scorsa primavera.

Già alla fine del mese di aprile e nei mesi di maggio e di giugno si manifestarono quà e là nel Regno numerosi casi di forma influenzale, che mantennero sempre un carattere mite e passarono quasi inosservati.

Parecchi episodi speciali furono allora segnalati; se ne cita qualcuno:

nell'aprile molti casi si ebbero nel Collegio Principe di Napoli di Assisi;

nel maggio si verificò una rapida diffusione della malattia tra le maestranze delle Acciaierie e degli altri stabilimenti industriali di Terni: quasi tutti gli operai furono attaccati: la forma si dimostrò di carattere benigno con mortalità trascurabile ed in poco tempo si estinse;

altre manifestazioni si ebbero a Domodossola specialmente nelle carceri giudiziarie; a Spezia tra il personale dell'Arsenale e fra le truppe; nelle provincie di Modena, di Piacenza, di Verona, di Pisa;

nel giugno si diffuse in quasi tutti i Comuni della provincia di Bari, a Taranto;

si diffuse anche tra le truppe operanti alla fronte di battaglia dando luogo a numerosissimi casi.

Ovunque la manifestazione fu mite e non ebbe che una lievissima ripercussione sulla mortalità.

Questa la prima fase.

***

Ma ai primi del mese di luglio l'influenza irrompeva nella Calabria, in una forma che dimostrava maggiore diffusibilità e maggiore gravezza. Era l'inizio della seconda fase.

Si manifestò prima a Rosarno, in provincia di Reggio Calabria, e si estese con rapidità a quasi tutti i Comuni del circondario di Palmi ed in seguito anche a quelli dei circondari di Reggio e Gerace.

Passò poi nella provincia di Catanzaro (attaccando, per primo, il circondario di Monteleone) ed in quella di Messina dove incominciò nel Comune di Caronia, colpendo gran parte della popolazione.

Passò, quindi, ad altre provincie: Aquila, Parma, Cosenza, Caserta, Chieti, Torino ed Alessandria, nella Liguria e a Palermo.

Nel settembre la malattia assunse una diffusione anche più larga ed una severità anche maggiore di forme, dilagando in quasi tutte le provincie del Regno.

Episodi degni di nota sono:

quello della provincia di Parma, dove si manifestò con una certa gravità nel campo militare di Calestano, passando poi alla città capoluogo dove colpì gran parte della truppa e quindi la popolazione civile, e diffondendosi poi negli altri Comuni;

quelli verificatisi in Liguria e specialmente a Savona, in provincia di Genova, ed a Taggia e Bordighera, in provincia di Porto Maurizio, dove la malattia raggiunse una grande estensione; la fiammata però declina, volge anzi verso la completa estinzione.

***

Ma la parte del Paese che ha dato il maggior tributo è l'Italia meridionale e la Sicilia.

Ha preso, come ho detto, le mosse dalle Calabrie, si è diffusa poi nella Campania attaccando in modo notevole le provincie di Caserta, di Napoli e di Avellino; meno gravemente quelle di Benevento e di Salerno, ed è passata in Sicilia, dove si è estesa a tutte le provincie dando ovunque manifestazioni che hanno il carattere di grande diffusibilità, e specialmente nelle provincie di Catania, di Caltanissetta, di Trapani raggiungendo l'acme nella provincia di Palermo e specialmente nel Capoluogo.

Più tardi la malattia si è propagata nelle Puglie con maggiore gravità nelle provincie di Foggia e di Bari, mentre in forma meno grave e, forse, meno diffusa, ha serpeggiato fin'oggi nella Basilicata.

In questo momento, nell'Italia meridionale ed in Sicilia si manifesta ed accentua la fase digradante del fenomeno.

Mentre in Italia centrale e settentrionale si manifesta ed aumenta la fase ascendente, più grave dell'infezione: sopratutto nel Lazio, Abruzzo, Piemonte e Lombardia; meno in Liguria e nell'Emilia; meno ancora in Toscana e nelle Marche; mantiene un carattere quasi sporadico nel Veneto; lieve in Liguria.

ESAGERAZIONI E REALTÀ. — Molto, però, si è esagerato sulla gravità nella malattia.

La mortalità, lievissima in molta parte del Regno, anche nei punti più gravemente colpiti, non ha sorpassato l'uno od il due, raramente il 3 per cento al massimo; può dirsi con sicura coscienza, anzi, che, data la grande diffusione della malattia, che ha colpito gran numero di persone, e, di conseguenza, la quantità innumerevole di casi lievi che passano inosservati, perchè si risolvono in pochissimi giorni senza necessità di cure speciali, data la tendenza che oggi si ha ad incolpare all'influenza anche i decessi che avvengono per altre cause, la mortalità nel suo complesso, in rapporto al numero degli attaccati, non ha forse neppure raggiunto, salvo — ripeto — eccezioni dovute a cause locali, la percentuale sopra ricordata.

Al principio dell'epidemia quasi tutti i malati sogliono guarire. Così avvenne nella pandemia del 1889-90, durante la quale molti ricordavano la definizione che Broussais aveva data della influenza: «invenzione della gente senza quattrini e dei medici senza clienti che, non avendo altro da fare, hanno inventato questo gingillo».

Ma dopo qualche tempo l'agente infettivo, con successivi passaggi, acquista una maggiore virulenza, e le complicazioni polmonari divengono più frequenti e più gravi. Come allora, questo fatto si è verificato anche nell'odierna manifestazione, e la mortalità quasi nulla all'inizio della pandemia, si è andata accentuando successivamente per l'aumentata virulenza del germe, donde più frequenti complicazioni bronco-polmonari (1).

EPIDEMIA INFLUENZALE. - NOTE CLINICHE. — La forma clinica assunta dall'epidemia in Italia è pressochè uguale in tutte le regioni del Regno che ne sono state colpite poichè dovunque la malattia si presenta coi medesimi caratteri, se pure in alcune località questi prendano un decorso più grave.

Qualche volta vi sono sintomi prodromici, in

(1) A riguardo del fenomeno della mortalità conviene, per altro, rilevare che se il numero dei morti raffrontati a quello dei casi apparisce, come si è detto, molto esiguo, non può dirsi altrettanto se il numero stesso venga considerato in sè e per sè, nel suo valore assoluto.

Noi vediamo, ad esempio, a Palermo — ove la mortalità giornaliera si aggira intorno a 20-30 decessi — il numero dei morti aumentare sino a raggiungere la cifra di 177 il 25 settembre.

Medesimamente in altre città, come:

— Napoli (media giornaliera dei decessi: 40-50): 256 morti il 7 corrente;

— Roma (media: 40-45): 196 morti il 15 corrente;

— Milano (media: 38): 171 il 10 corrente;

— Torino (media: 20-25): 126 il 15 corrente;

— Foggia (media: 7-10): 71 il 7 corrente;

— Brescia (7-10: in media): 75 il 13 corrente; ecc.

Per buona fortuna, si tratta di vampate, che presto si attenuano: ma ciò non toglie che siano impressionanti nel momento del loro massimo livido bagliore!

quanto che il giorno prima dell'inizio della febbre si sente mancanza di appetito, malessere generale e svogliatezza al lavoro, dolore e bruciore alla gola e dolore di testa. Più comunemente la febbre compare mentre si è in piena salute con un lieve brivido di freddo o anche senza di questo, contemporaneamente gli ammalati si lamentano di dolore alla gola e senso di sofferenza al naso ed agli occhi come per l'inizio di un raffreddore. La prima sera la febbre già raggiunge i 39° C., diminuisce alquanto la mattina seguente e la sera consecutiva tocca spesso i 40° C. Si accompagnano perdita delle forze e grande abbattimento, mancanza assoluta di appetito, dolore di testa e dolori talvolta molestissimi alle spalle ed ai lombi; sensazione di aridità e secchezza alla gola con voce alterata e tosse secca molesta; mancanza di riposo notturno o sonni inquieti ed agitati. Questo stato dura tre-quattro giorni con alternative di miglioramento e peggioramento, talvolta compaiono durante il giorno grandi sudori e la febbre scema alquanto per risalire la sera; talvolta si hanno emorragie dal naso. Al quarto o quinto giorno la temperatura comincia a discendere più o meno rapidamente per ridursi al normale mentre scemano alquanto i dolori alle spalle ed ai lombi e l'espettorato diviene più abbondante. Ma gli ammalati in generale rimangono deboli, tossicolosi e sofferenti anche parecchi giorni dopo che la febbre è scomparsa.

Vi sono forme leggere, in cui la febbre cessa al secondo o terzo giorno, sebbene continui ancora il malessere con gli altri sintomi. In alcune persone anzi le sofferenze sono così leggiere, che esse continuano ad attendere alle loro occupazioni ordinarie.

Vi sono però anche forme gravi, in cui al 5° o 6° giorno la febbre non cala, ma persiste con localizzazioni pulmonali, che talvolta hanno esito mortale, più spesso guariscono, ma con molta lentezza e lasciando dietro di sè un prolungato malessere.

In alcune località si sono avute forme gravi a decorso più rapido, poichè la localizzazione pulmonale è comparsa fin dai primi giorni, la febbre è divenuta subito assai alta e si è mantenuta tale, l'abbattimento grandissimo con grave debolezza nel funzionamento del cuore.

Fortunatamente queste forme non sono state molto frequenti, ed hanno condotto rapidamente ad un esito letale, solo quando sono capitate in vecchi, o individui debilitati per altre malattie (alcoolisti, tubercolosi, malarici).

Più rare sono state le localizzazioni dell'apparato intestinale coi medesimi sintomi generali già detti: febbre, abbattimento, dolori, ecc.

Non sono invece comparse nelle nostre popolazioni le forme gravissime con localizzazioni al sistema nervoso e con esito rapidissimamente mortale, che si sono avute invece numerosissime in altri Stati di Europa, specialmente negli Imperi Centrali.

NATURA E PATOGENESI DELLA MALATTIA. — Le osservazioni dei clinici così italiani come stranieri sono generalmente concordi nel porre in rilievo che il quadro clinico della forma morbosa che percorre l'Europa tutta con la velocità di un treno, si presenta, malgrado la differente gravità nei singoli casi, con una evidente uniformità.

Ma v'ha di più: Nelle maggiori accademie mediche dei vari Stati di Europa che ne furono colpiti (Madrid, Parigi, Monaco) venne agitata la questione se nella malattia epidemica in esame si dovesse parlare di influenza, ovvero di altre forme morbose infettive già note o con caratteri nuovi.

E l'opinione prevalente — ed ora quasi universale — dei clinici fu che, al di fuori del risultato delle indagini batteriologiche, la forma clinica (tanto uniformi ne sono i caratteri con quelli rilevati in precedenti epidemie) deve essere considerata come *influenza;* nè più, nè meno che influenza.

Nella Svizzera stessa, ove la forma clinica ha indubbiamente assunto una gravità maggiore che non nelle altre Nazioni colpite, la malattia non si differenzia da quella studiata in Italia. A questo proposito posso aggiungere che il Capo del Laboratorio Batteriologico della Sanità Pubblica, inviato espressamente dal Governo in Svizzera, ha comunicato non cader dubbio si sia trattato di influenza, nel decorso della quale, la maggior gravità è dovuta alle facili infezioni miste secondarie da cui il polmone è colpito, e che i caratteri sono appunto quelli della pandemia del 1889-1890.

In Italia, mentre nei primi passi dell'epidemia il pensiero dei medici era stato assai discorde, ora, invece, quando le note delle complicanze gravi si sono aggiunte, e il decorso della malattia non ha avuto più la breve durata di due o tre giorni, l'opinione della maggioranza ha concluso per *una forma clinica di influenza.*

La parte epidemiologica ha anch'essa una grande importanza nella definizione della natura della malattia. Ovunque è stata notata la grande, fulminea rapidità di diffusione, che ne riporta i caratteri tutti a quelli della epidemia dell'influenza del 1889-1890; e l'epidemia che rapidamente si diffonde, rapidamente si esaurisce. In Svizzera in poco tempo 11,000 casi fra i soldati con 305 morti (3.18 %); in Germania si è diffusa rapidamente a Monaco, a Norimberga, a Berlino, a Hessen; ma già dopo un mese nelle città colpite l'epidemia si attenuava, mentre compariva negli altri centri ed invadeva tutta la Nazione. Sebbene poco si conosca del decorso nella Francia e nell'Inghilterra e per la Spagna manchino ancora statistiche ed un lavoro d'assieme, i caratteri dalle pubblicazioni fatte trapariscono identici.

* * *

Se i pareri sono concordi nell'affermare che la epidemia attuale ha i caratteri clinici e l'andamento epidemico dell'influenza del 1889-1890, vi è qualche discordia circa la presenza ed il valore del bacillo di Pfeiffer, ritenuto l'agente patogeno dell'influenza.

Gli osservatori si possono dividere in tre campi: quelli che, malgrado le più accurate indagini, non riuscirono mai a rintracciare nei prodotti mor-

bosi il germe ritenuto specifico: quelli che lo trovarono sempre: e quelli infine che lo trovarono in una lieve percentuale di casi.

In Italia il bacillo di Pfeiffer è stato isolato dal prof. Di Vestea dell'Università di Pisa, dal professor Canalis dell'Università di Genova, dal prof. De Giaxa dell'Università di Napoli; a Palermo, la stessa Commissione scientifica, all'uopo nominata dal Ministero dell'Interno, lo ha potuto isolare in qualche caso. Vi è di più. A Pisa si sono tentate, con successo, interessanti prove sierologiche, destinate a diffondere una luce non dubbia sulla patogenesi.

Comunque, la discordia di opinioni pone in rilievo quanto l'argomento della ricerca dell'agente patogeno sia meritevole di studio: *ma intanto nessun dubbio cade sulla natura della malattia*. Certezza avvalorata dalla indiscussa uniformità dei reperti clinici.

Nè deve meravigliare questa specie di disaccordo fra quadro clinico e reperto batteriologico.

Basta pensare alle non poche malattie infettive per le quali l'agente patogeno è sconosciuto, mentre la chiarezza e la uniformità dei sintomi, il decorso della malattia, i caratteri epidemiologici consentono di porre con tutta sicurezza la diagnosi della forma morbosa.

Ora, se le disquisizioni che si svolgono sull'agente patogeno dell'epidemia hanno un valore scientifico, non toccano punto il criterio clinico sulla natura della entità morbosa.

Quindi, nessuna malattia nuova: niente di più e di diverso dall'influenza; non solo, ma niun dubbio neppure lontano di manifestazione esotica.

Noi possiamo a gran voce proclamare che il Paese è assolutamente immune da qualsiasi accenno di malattia esotica, — non ostante le non infrequenti importazioni di infezioni della più diversa natura per effetto del traffico intensissimo collegato alla guerra.

E possiamo anche proclamare che, all'infuori dell'influenza e di una certa recrudescenza della malaria, legata a cause molto complesse in stretta dipendenza della guerra, tutte le altre malattie infettive abituali sono contenute in limiti assai ristretti, malgrado l'azione di profonde cause perturbatrici dei servizi sanitari. Nessun accenno neppur lontano di peste o cholera, come taluno si ostina ancora a susurrare ed insinuare!

LA PROFILASSI. — Contro questa malattia la pubblica profilassi non è armata degli stessi poteri che ha contro altre infezioni. Qui vengon meno le misure fondamentali intese a sterilizzare la sorgente di infezione e intercettarne i tramiti di diffusione. I mezzi di profilassi diretta non possono dominare compiutamente il fenomeno. E se pure si volessero adoperare nella più larga misura possibile, l'immane sforzo che sarebbe richiesto non corrisponderebbe alla esiguità dei risultati raggiunti.

Questa fatale condizione di cose se non ci consente di agire colla energia e la potenza di mezzi, e sovratutto con la prontezza e sicurezza di risultati che si raggiungono contro altre infezioni, non deve condurre alla conseguenza che contro il male non si possa e non si debba lottare con tutte le forze utilizzando tutte le altre risorse della profilassi, volte a modificare le condizioni nelle quali la malattia maggiormente si diffonde.

La infezione mostra una non dubbia disposizione di luogo ed una non dubbia disposizione di persona.

Quanto ai luoghi, si vedono di preferenza colpite località ove maggiormente è transandata la pubblica igiene; colpite maggiormente le case ove è negletta la pulizia.

Quanto alle persone, la malattia predilige le collettività ingombre ed affollate; le persone meno curanti dell'igiene individuale e che più direttamente ed intensamente si espongono al contagio.

Queste nozioni epidemiologiche confortate dalla esperienza devono esserci lume e guida nella profilassi.

A correggere la disposizione di luogo valgono le misure di igiene generale: la pulizia stradale, lo spazzamento in forma umida, la scrupolosa nettezza della casa.

Speciali cure vanno rivolte ai luoghi di pubblico convegno (cinematografi, teatri) e alla vetture pubbliche (sopratutto tramviarie, ai treni).

Quanto alle collettività si raccomanda il diradamento accompagnato dall'osservanza delle più severe norme di igiene.

Ma più forse delle accennate misure possono le cautele di igiene individuale: la pulizia delle mani, della bocca, della cavità nasale; evitare i contatti non strettamente necessari cogli infermi; e sovratutto difendersi dalla proiezione di goccioline di saliva che sogliono accompagnare i colpi di tosse e gli starnuti.

Sempre, ma mai come ora, dovrebbe essere osservato il precetto civile ed igienico di non sputare per terra.

A questi concetti fondamentali si inspira la circolare telegrafica del Presidente del Consiglio emanata nell'agosto scorso, e l'altra recentissima, di questi giorni.

A questi medesimi concetti si inspirano le disposizioni emanate per l'Esercito in seguito ad una conferenza avuta tra i rappresentanti della Direzione generale della Sanità pubblica e quelli della Sanità militare e del Comando supremo.

LE DIFFICOLTÀ DELL'ORA. — È inutile dissimularlo, la pandemia ha colto i vari paesi dopo un lungo periodo di lotta quando tutti i servizi pubblici che maggiormente avrebbero dovuto e potuto concorrere al raggiungimento dei fini di profilassi erano spossati e fortemente assottigliati, non solo per effetto della perturbazione generale legata alla guerra, ma anche e sovratutto perchè la guerra ha richiamato a sè le energie migliori di personale di congegni di mezzi in difesa di interessi superiori.

I servizi pubblici quindi non potevano agevolmente adeguarsi alle nuove necessità, anche per la fulmineità dell'apparizione in punti diversi

del territorio nazionale e per la vastità della manifestazione; donde il bisogno di una larga azione integratrice da parte dello Stato.

La quale azione si è manifestata in tutti i campi ove maggiori erano le deficienze.

Attività ispettiva. — Fin dalle prime manifestazioni della malattia gli organi vigili dell'amministrazione sanitaria intervennero prontamente ovunque se ne manifestò il bisogno per accertare le eventuali deficienze e manchevolezze dei servizi e procurare di eliminarle.

Gli uffici sanitari provinciali delle località colpite rafforzati, sempre quando fu possibile in relazione con le attuali condizioni numeriche del personale disponibile, di altri funzionari medici ovvero di ufficiali medici a disposizione, spiegarono al riguardo la più intensa efficace azione.

A favore degli uffici stessi, attese le condizioni attuali dei trasporti e in relazione con le condizioni speciali di alcune provincie, provvedevasi con tutta urgenza a mettere a disposizione mezzi rapidi di trasporto con il noleggio, e, ove fosse necessario, con l'acquisto di qualche vettura automobile.

Contemporaneamente gli Ispettori medici della amministrazione sanitaria portavano al massimo la loro attività nelle regioni colpite per orientare e coordinare le misure profilattiche, per stimolare, integrare, seguire e assicurare il maggiore e più sicuro rendimento di tutte le energie.

I nuclei ispettivi. — Azione questa che integravasi altresì con quella dei due ispettori farmacisti della Sanità pubblica, di due ispettori amministrativi nonchè di due ispettori degli approvvigionamenti e consumi all'uopo richiesti e ottenuti dal Ministero competente, i quali, costituiti in due nuclei, composti ognuno delle varie competenze e aggregandosi per ciascuna zona l'ispettore medico che vi è destinato, danno opera a rilevare in modo completo e organico i bisogni del momento, nei vari aspetti che si manifestano.

Assistenza sanitaria. — Questa deve considerarsi il vero tallone di Achille della situazione.

Tutti sanno la grande rarefazione operatasi nei medici per effetto delle numerose chiamate alle armi. Tale rarefazione è sovratutto sentita nei Comuni di campagna.

A questa causa di perturbazione dell'assistenza sanitaria alle popolazioni si aggiunge l'altra determinatasi per effetto dell'alta proporzione di malati verificatasi nei medici civili.

Il Ministero a fronteggiare la situazione ha agito per due vie:

1° ha rivolto un caldo appello ai medici perchè diano tutto il fervore del loro sentimento e della loro opera in questo momento di pubblica necessità e non si dubita che l'appello avrà una larga eco di consensi nella benemerita classe dei medici;

2° ha provveduto alla integrazione del servizio a mezzo di medici militari richiesti alla Direzione generale di sanità militare, la quale ha corrisposto all'appello con ogni premura e sollecitudine, dando ancora una volta prova di quel sentimento solidale, che avvince ormai le due amministrazioni e che è la condizione prima e più sicura di successo nel campo della sanità pubblica.

Anche la benemerita Associazione della Croce Rossa ha concorso, con ogni buon volere e sino al limite del possibile anche con sacrificio della sua missione di assistenza all'esercito combattente, alla opera altamente umana e civile di portar soccorso alle popolazioni percosse dalla epidemia.

Alla metà di settembre i medici militari in servizio erano poco più di cento. Essi furono portati rapidamente a 400. Ora sono oltre mille.

Ma per quanto prontamente ed insistentemente fossero fatte le richieste e date le disposizioni, non di rado accadeva che il medico militare non fosse in grado di raggiungere la destinazione con quella rapidità che il caso richiedeva.

E però fu reputato necessaria la costituzione di nuclei di riserva in appositi punti di concentramento, allo scopo di avvicinare per quanto più possibile i medici al campo di azione, ed accorciare così i ritardi.

Ma l'improvviso manifestarsi di nuove e sempre più vaste esigenze esaurì ben presto anche queste risorse palesando la urgenza di ricostituirle al più presto; ciò che si va facendo con quella maggiore alacrità che è consentita dalle complesse circostanze dell'ora.

D'accordo col Comando Supremo, col Ministero della Guerra e con la Croce Rossa si è già predisposta in due centri di smistamento l'adunata di quel maggior numero di medici della Croce Rossa, che fosse possibile, per essere immediatamente dislocati nelle provincie più bisognevoli di aiuto.

Disinfettanti. - Disinfettatori. — Grandissime erano le scorte di disinfettanti non solo nei vari magazzini di deposito della Sanità pubblica, ma anche presso le singole Prefetture, sì che la epidemia, per quanto ha tratto alle disinfezioni, potè essere combattuta col massimo vigore. Per far fronte alle continue richieste pervenute da molte Prefetture si sono fatte dai vari magazzini importanti spedizioni di disinfettanti di varia natura, curando in ogni caso che alle richieste venisse dato corso con la massima celerità. Largo fu ed è l'impiego del sublimato corrosivo e dell'acido fenico, dei quali disinfettanti sono ora in corso ragguardevoli rifornimenti: si sta provvedendo in questi giorni alla distribuzione di sensibili quantità di sapone e, in fine, i Prefetti furono autorizzati ad acquistar direttamente sul posto le quantità di calce viva, eventualmente occorrenti.

Queste distribuzioni di disinfettanti han consentito di rifornire i piccoli comuni con ragionevole larghezza; ma anche alle grandi città non furono negate le maggiori possibili agevolezze.

Se deficienze si sono verificate per questa parte, esse non sono assolutamente imputabili alla amministrazione, le cui grandi scorte, preordinate da tempo, han consentito di non negare disinfettanti a nessuno. Per il Lazio, ad esempio, fu messo a disposizione del Prefetto il magazzino centrale

del Ministero, con facoltà di attingervi liberamente a seconda del bisogno.

Non solo, — ma a far sì che questo materiale potesse essere rapidamente trasportato sui luoghi — a parte l'uso sempre consentito di autoveicoli, fu chiesto ed ottenuto, dal Ministero dei Trasporti il consenso a far viaggiare il materiale di soccorso (disinfettanti, medicinali, alimenti, ecc.) con treni diretti, come bagaglio.

E non paga di ciò, la Direzione generale della Sanità ha curato che le singole spedizioni, pel loro più sicuro recapito, fossero scortate nella grande maggioranza dei casi da un agente di P. S. incaricato della consegna del materiale.

Inoltre, — siccome in talune provincie era particolarmente risentita la mancanza di personale specializzato per le disinfezioni, vennero richieste, e si ottennero, dal Ministero della Guerra venti squadre di disinfettatori militari che prestano con ogni abnegazione l'utile opera loro ovunque essa è stata ed è indispensabile.

Altre dieci squadre sono in allestimento.

Ciascuna squadra è composta di dieci disinfettatori al comando di un sergente di sanità, studente del V anno di medicina.

Non è irrilevante il ricordare che questi disinfettatori provengono dalla scuola di disinfezione di Firenze, istituita a cura della Direzione generale della Sanità pubblica e della Direzione generale di Sanità militare.

Ciò naturalmente senza contare le numerose squadre di disinfettatori, costituitesi nelle varie località.

ASSISTENZA FARMACEUTICA. — Il richiamo alle armi di un ragguardevole numero di farmacisti ha portato indubbiamente come inevitabile conseguenza inconvenienti nella assistenza farmaceutica in ispecie nei piccoli comuni.

Il Ministero non ha però trascurato di ricorrere ai possibili ripari, promuovendo dalle competenti Autorità militari esoneri e licenze a favore di quei funzionari che erano stati segnalati come indispensabili dai singoli Prefetti nelle località ove esercitavano la loro professione. E per le numerose concessioni fatte dalle predette autorità militari con compiacimento si deve constatare che le deficienze del personale farmaceutico si sono limitate ad un numero veramente esiguo e solo nei più piccoli centri di popolazione.

PENURIA DEI MEDICINALI. — Altro fenomeno conseguente allo stato di guerra è stata la penuria dei medicinali.

Molte delle materie che per lo innanzi si adoperavano nella industria farmaceutica occorrono oggi alla fabbricazione del materiale di guerra. E ciò a prescindere anche dalla diminuzione della mano d'opera impiegata nella fabbricazione dei medicinali e a prescindere anche dalla diminuita importazione di non poche materie prime nei mercati di Europa.

La penuria di medicinali, non limitata soltanto all'Italia, va quindi considerata come un fenomeno in stretta correlazione con lo stato di guerra.

Il Ministero dell'Interno, conscio della gravità degli inconvenienti ai quali avrebbe potuto dar luogo tale penuria, non ha mancato fin dal 1915 di promuovere e facilitare, d'accordo col Ministero dell'Industria e del commercio l'importazione dall'estero di prodotti farmaceutici e di materie prime occorrenti alla fabbricazione dei prodotti stessi, mentre, d'intesa col Ministero delle Finanze, si sorvegliava il movimento di esportazione a fine di impedire che sotto forme diverse uscissero dal Regno materie necessarie all'industria farmaceutica.

Con tutto ciò, per le condizioni eccezionali della produzione e del mercato, non è stato possibile evitare in alcune località sensibili deficienze di prodotti farmaceutici; ma, ove tali deficienze si sono dimostrate più gravi si è provveduto con lo immediato invio di cassette dei medicinali più in uso e di cui maggiormente si sentiva il bisogno.

Di tali cassette sono state distribuite gratuitamente e sono in via di allestimento parecchie centinaia. I medicinali in esse contenuti rispondono ad un elenco stabilito d'accordo con la Clinica medica di Roma.

PREZZO ELEVATO DEI MEDICINALI. — La rarefazione dei prodotti medicinali e il fenomeno del rincaro di ogni genere conseguente allo stato di guerra, spesse volte inaspirito da eccessive e riprovevoli pretese di avidi speculatori, hanno in molti casi, specie in questi ultimi tempi, elevato i prezzi dei medicinali in misura da renderne troppo oneroso l'acquisto con pericolo e danno per la salute pubblica.

Allo scopo pertanto di eliminare la possibilità di così gravi inconvenienti, specialmente nelle circostanze attuali, è stato emanato un D. L. diretto a disciplinare i prezzi di vendita al pubblico dei medicinali di maggior uso, assegnando la facoltà ai Prefetti di stabilirne per le rispettive provincie i limiti massimi.

Con tale provvedimento verrà posto certamente un energico freno ad ogni tentativo di artificioso aumento di quei medicinali che per il loro largo uso devono essere messi alla portata di tutti.

Per assicurare l'osservanza del provvedimento, vengono con esso sanciti vari ordini di penalità che, peraltro, ho pieno convincimento non dovranno trovare che rare applicazioni, ben potendosi contare sul patriottismo della classe, cui il Decreto si riferisce.

Ad assicurare, per altro, la maggiore possibile uniformità di criterii nella redazione della tariffa, sono state emanate norme sul vóto conforme della Commissione ministeriale delle tariffe, all'uopo convocata.

PROVVISTA DI CHININO. — La penuria dei preparati di chinino ha costituito una delle più gravi preoccupazioni del momento presente. Il fenomeno è stato avvertito in tutti i paesi per effetto dello stato di guerra. È stata una vera crisi internazio-

nale determinatasi vuoi a causa della importazione enormemente diminuita della corteccia di china dai luoghi di produzione, vuoi a causa dell'enorme consumo di chinino, da parte degli Eserciti belligeranti operanti in regioni fortemente infestate da malaria, come la Macedonia, l'Albania, l'Asia minore e, da noi, l'Isonzo, prima, il Piave, dopo.

Nei riguardi del nostro Paese è poi da aggiungere l'accentuata recrudescenza dell'endemia malarica nel Regno; recrudescenza legata ad un complesso di cause alcune inerenti al ritmo epidemico della malattia, ed altre, le più importanti, inerenti a speciali condizioni create dallo stato di guerra, quali ad esempio: rallentamento dei lavori di bonifica; mancata manutenzione dei canali di scolo; produzione di nuovi focolai anofelici; importazione continua e rilevante di infezione da località di malaria gravissima; maggiore recettività della popolazione adibita a lavori nelle zone malariche, ecc.

Ciò ha naturalmente portato ad una intensificazione dei mezzi di lotta e ad un più forte consumo di chinino, che ha in gran parte esaurite le ingenti scorte di preparati chinacei, cui aveva in precedenza provveduto l'azienda statale.

In previsione di ciò, questo Ministero ha da molto tempo rivolte le più alacri cure per assicurare il rifornimento di nuove scorte di chinino, mentre con la circolare 26 giugno 1918 dava istruzioni per un più oculato buon governo del farmaco e per l'uso più parsimonioso di esso evitando ogni inutile spreco del prezioso rimedio.

Ma io devo a tal riguardo dichiarare come l'opera della Direzione generale della Sanità non si sia limitata a parare alle necessità del momento.

Anche prima del conflitto internazionale, d'accordo col Ministero delle Finanze, erano stati preordinati studii e provvidenze destinati a mettere il paese al riparo dell'alea incerta del mercato internazionale dominato dal trust tedesco-olandese. Vi è anzi a tal riguardo una onorevolissima ed ampia documentazione che costituisce un titolo non ultimo di benemerenza per l'Amministrazione.

* * *

Il presidente del Consiglio si è interessato personalmente all'importante questione ed ha concorso non poco con azione pronta, energica, avveduta, ad abbattere gli ostacoli per una sollecita soluzione della crisi internazionale.

In seguito alle iterate premure del nostro Governo, la Commissione interalleata per la provvista e la ripartizione del farmaco, ci assegnava 16 mila kg., da consegnarsi subito, e 75 mila kg. annuali, da suddividersi in dodicesimi a principiare dal settembre u. s.

Le prime partite sono già arrivate a Torino, ove con febbrile lavoro, di giorno e di notte, si attende alla trasformazione del farmaco. Se ne producono 300 chilogrammi al giorno, complessivi.

Le accennate circostanze danno ampia ragione della natura e della entità delle varie difficoltà, rese più assillanti dalla manifestazione e diffusione dell'influenza, che ha moltiplicato, oltre ad ogni credibile misura, le richieste del farmaco.

Ma il periodo, che abbiamo attraversato, ripeto, è stato grave: — penoso per noi, penoso per tutti gli altri Paesi che hanno come noi sentita la grave crisi del farmaco.

Il varco più difficile è ormai sorpassato e ci arride, più che la speranza, la fiducia di avere convenientemente assicurato per l'avvenire la necessaria provvista, per modo da metterci al riparo da sorprese.

ASSISTENZA ALIMENTARE. — È stata data particolare importanza al miglioramento dell'alimentazione nelle provincie colpite dalla epidemia.

Procedendo di pieno accordo tra i due Ministeri (Ministero dell'Interno e Ministero degli approvvigionamenti e consumi alimentari) si è provveduto ad aumentare il contingentamento della pasta, della carne, del riso, ecc. E segnatamente per la carne in molte provincie sono state tolte le restrizioni vigenti così da assicurare alla popolazione un maggiore quantitativo dello essenziale alimento.

Sempre d'accordo col Ministero degli approvvigionamenti e consumi si è fatta provvista e distribuzione gratuita di alimenti ai poveri.

A questo riguardo è opportuno menzionare che per gli ammalati poveri sono stati distribuiti con la maggior possibile larghezza gli alimenti (farine di leguminose, riso, ecc.) che vengono confezionati e preparati per l'alimentazione dei bambini a cura di quel Ministero.

Anche del latte, di cui è notoria la deficienza sui vari mercati, si è cercato di acquistare la maggiore possibile quantità per farla pervenire rapidamente nelle località nelle quali era segnalato più urgente il bisogno.

Per infrenare le frodi e le adulterazioni nel commercio alimentare che le particolari contingenze del periodo che si attraversa hanno reso più facili e più redditizie, si è ritenuto indispensabile aumentare le sanzioni penali oggi stabilite dalle vigenti disposizioni di legge per colpire le frodi stesse, ed a questo proposito provvede un Decreto luogotenenziale che sta per essere sottoposto alla sanzione sovrana.

POLIZA MORTUARIA. — In alcuni luoghi per l'accresciuta mortalità determinata dalla pandemia di influenza non sempre si è data sepoltura ai cadaveri nei prescritti termini del regolamento di polizia mortuaria.

Molti si sono maravigliati di questo fatto doloroso sì, ma non insolito, nelle epidemie di influenza. Simili ritardi si verificarono nelle passate pandemie, compresa quella del 1889-90, persino nelle più grandi capitali di Europa, come Parigi, Berlino. E dire che allora si era in tempo di pace!

Comunque, a rimuovere con tutta urgenza questi inconvenienti, che colpiscono ogni più intimo senso di umanità, sono state date energiche disposizioni ai Prefetti autorizzandoli a sovvenire la necessaria mano d'opera e ricorrere anche, in casi di assoluto bisogno, all'opera di militari.

Facilitazioni furono concesse anche per il legname.

SUSSIDI AI COMUNI PER SERVIZI DI PROFILASSI. — Per agevolare, affrettare e integrare l'opera dei comuni più bisognosi in relazione con le attuali straordinarie esigenze dei servizi di profilassi non si è mancato di aver presente la necessità di venire in loro aiuto con la concessione di aiuti finanziari.

E per mettere in grado le Prefetture di provvedere al riguardo, come alle altre eventuali spese conseguenti ai servizi sanitari del momento, sono state fatte ad alcuni Prefetti anticipazioni apposite per l'ammontare complessivo di lire 388 mila fino al 30 settembre 1918.

Nuove anticipazioni si concedono a misura dei nuovi bisogni segnalati.

Al giorno d'oggi, la somma erogata in anticipazioni si incammina pel milione, in denaro, senza, naturalmente, contare la larga azione sovventiva in personale, disinfettanti, medicinali, materiale profilattico.

***

Date le difficoltà, le resistenze, le complicazioni dell'ora;

— data la fulminea, vasta e contemporanea manifestazione di bisogni;

— non era possibile — sarebbe stato fuori della realtà — che qualche inconveniente, qualche ritardo non si fosse manifestato;

— ma si persuada il Consiglio che tutto quanto era possibile fare, è stato fatto.

Ho dedicato a questo grande bisogno tutte le energie, tutto il fervore della mia volontà; mi sono prodigato lavorando senza tregua, compreso della gravissima realtà e responsabilità dell'ora, seguito con entusiasmo e con lena infaticata dai miei compagni di lavoro, ai quali mando un commosso saluto di riconoscenza e di plauso.

Giammai l'amministrazione visse attimo più alto e vibrante di attività.

Se il nostro sforzo ipertensivo non ha valso a stroncare il passo a questo genio maligno nel suo fatale andare attraverso il vecchio mondo, abbiamo la coscienza di non aver nulla tralasciato per portar sollievo e conforto alle popolazioni flagellate dalla malattia.

***

Attendo, ora, dal Consiglio la sua alta e serena parola affinchè voglia:

1° dire se alla stregua della comunicazione fatta ritenga si tratti di influenza e togliere di mezzo la diceria di non so quale misteriosa malattia;

2° confortare con la sua grande autorità l'attività nostra, volenterosa;

3° darci quegli ulteriori lumi che valgano a rendere più sicuro il nostro cammino in questo arduo, difficile momento.

Roma, 17 ottobre 1918.

A. LUTRARIO.

Nel prossimo numero daremo il resoconto della discussione.

Misure della Direzione generale di Sanità militare contro l'influenza.

Il Ministero della guerra (Direzione generale Sanità militare, Divis. Materiale sanitario) ha diramato una circolare alle Direzioni di Sanità di Corpo d'armata territoriali per consigliare l'*adozione di maschere protettive* da tenere dai medici e dagli infermieri durante la loro permanenza nelle corsie degli ammalati d'influenza.

Circa il tipo di maschere da prescegliere, la Direzione non ritiene necessario prescrivere per tutti indistintamente un unico modello, lasciando facoltà agli ufficiali medici dei reparti ed ai direttori di ospedale di adottare quel tipo che riterranno più specialmente adatto allo scopo, facendo presente che la maschera meglio rispondente è quella che, senza ostacolare il respiro, riesce a trattenere più efficacemente durante l'ispirazione il pulviscolo atmosferico e le particelle umide proiettate dagli infermi con la tosse.

Ad ogni modo, per comodità di coloro che si trovassero eventualmente imbarazzati nella scelta del tipo, essa ha inviato alcuni esemplari di un modello, semplice nell'applicazione, di facile e rapido allestimento, che si ritiene possa essere usato con reale vantaggio. L'impiego di detta maschera non richiede, data la sua semplicità, alcuna dettagliata illustrazione. Il filo di ferro cotto cucito in uno dei bordi, essendo facilmente pieghevole, può adattarsi esattamente alla curva del naso; i nastri vanno legati dietro la nuca dopo averli fatti passare rispettivamente sopra e sotto l'orecchio; la faldella di cotone interposta può essere cambiata ogni qualvolta lo si ritenga necessario, ed essa può essere medicata con qualche goccia di alcool canforato o timolato.

***

Un'altra circolare della Direzione generale di Sanità militare ha per oggetto il *Ricovero e l'assistenza dei malati di influenza.*

Risulta che non sempre viene ottemperato alla prescrizione del paragrafo 5 della Circolare 405891, riservando Ospedali speciali, o speciali Reparti negli stabilimenti sanitari, per il ricovero esclusivo dei militari colpiti da influenza; ma tali malati vengono invece accolti nelle corsie comuni, rendendo così facile il propagarsi della infezione fra gli altri infermi, e l'insorgere in questi, già debilitati per affezioni diverse, di forme cliniche assai gravi.

Si invitano pertanto le Direzioni di Sanità a voler disporre perchè sia *rigorosamente* seguito l'indirizzo di *mantenere isolati* tutti i colpiti da influenza, e si gradirà avere assicurazione in proposito.

Con l'occasione viene raccomandato che, fra i vari ammalati di forme influenzali, siano *distinti quelli che presentano complicanze bronco-polmonari*, e che essi vengano accolti *in corsie, o padiglioni, separati dagli altri.* Non si può infatti escludere, in modo sicuro e con rigore scientifico, che tali complicanze (che sono poi quelle che inducono di solito l'esito letale) non siano determinate da associazioni microbiche, le quali aggiungono l'azione loro a

quella dell'agente della affezione influenzale; e che esse non siano capaci, per parte loro, di propagarsi, come tali, agli altri malati in cui la influenza decorre in modo benigno, e di aumentare, per tal modo, la gravità della epidemia e la letalità fra i colpiti.»

Infine richiamandosi alla Circolare 15247 (di cui in precedenza) sarà opportuno che le Direzioni di Sanità diano precise istruzioni agli ufficiali medici o al personale di assistenza, affinchè essi uniscano all'alto spirito di abnegazione e di sacrificio un ben netto senso della responsabilità di tutelare la propria salute; e si giovino quindi di ogni mezzo protettivo, atto a diminuire la probabilità di contrarre la malattia nell'adempimento del loro.

Invio di militari presso manicomi civili.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale dell'Amministrazione civile) ha in proposito diretto ai signori prefetti la seguente circolare:

«Consta al Ministero che qualche manicomio civile si è rifiutato d'accogliere nella sezione psichiatrica ad esso annessa, senza il preventivo assenso dell'autorità giudiziaria, a termini della legge 14 febbraio 1904 e del regolamento relativo, i militari presunti alienati colà inviati in osservazione dalla competente autorità militare.

È facile comprendere che, se gli ostacoli del genere da parte dei manicomi civili dovessero estendersi, ne verrebbe gravemente compromesso l'andamento del servizio psichiatrico dell'esercito, sia nella zona territoriale che nella zona di guerra.

Per ovviare a tale inconveniente si pregano pertanto le SS. LL. di portare a conoscenza delle Direzioni di manicomi civili di codesta provincia che, per accordi interceduti tra il Ministero della guerra, quello della grazia e giustizia e lo scrivente, è stata riconosciuta all'autorità militare la facoltà d'inviare in osservazione per supposta alienazione mentale, sotto la sua responsabilità e senza autorizzazione giudiziaria, individui facenti ancora parte dell'esercito. Tale facoltà è consentita all'autorità militare, sia che l'osservazione dei dementi debba avvenire in reparti d'ospedali militari, sia in sezioni psichiatriche militari annesse ai manicomi provinciali o civili in genere.

Resta inteso che tale potere viene riconosciuto all'autorità militare solo per i presunti alienati, che abbiano al momento dell'invio in osservazione, e conservino durante la stessa, qualità di militari; e che occorre invece l'autorizzazione giudiziaria, nelle forme di legge, per coloro che, in seguito a riforma, non appartengano più all'esercito».

Il fascicolo N. 10 (15 ottobre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene:

I. Prof. D. MARAGLIANO. *Il valore clinico dell'operazione di Albee nel morbo di Pott.* — II. Prof. G. MASSA. *Corpo estraneo dell'esofago, con perforazione di un'arteria mediastinica alla sua origine dall'arco dell'aorta.* — III. Prof. L. FIORAVANTI. *Contributo all'etiologia dell'infezione putrida gassosa e non gassosa delle ferite di guerra.*

ATTI PARLAMENTARI.

Contro le adulterazioni del latte.

Ad un'interrogazione, chiedente risposta scritta, presentata dal senatore Lustig, circa le adulterazioni di alcuni alimenti e particolarmente del latte, il ministro dell'interno, on. Orlando, ha dato una esauriente risposta, da cui stralciamo il seguente brano:

«Disposizioni di massima sono state ripetutamente impartite dal Ministero, per ottenere l'esercizio, da parte degli organi locali competenti, della più attiva ed oculata vigilanza igienico-sanitaria sugli alimenti in genere e sul latte in particolare; azione che, salvo spiegabili eccezioni e aprioristicamente non evitabili deficienze singole, risulta realmente spiegata dagli uffici locali d'igiene e, in genere, dagli ufficiali sanitari e dal personale dipendente.

Prova di tale azione, che trova e dovrebbe trovare maggiore aiuto indispensabile nella cooperazione del pubblico direttamente interessato, è il numero notevolissimo di contravvenzioni levate al riguardo, di denuncie formulate all'autorità giudiziaria e di condanne da parte di questa.

La quale risulta avere applicate con rigore le sanzioni penali comminate per chiunque contravvenga al divieto di mettere in vendita latte adulterato sancito dall'art. 14 del regolamento generale sanitario e dell'art. 114 del testo unico delle leggi sanitarie; e cioè, la multa da lire 10 a lire 100, oltre la confisca della merce e, se del caso, le maggiori pene degli articoli 320 e 322 del Codice penale.

Sono, infatti, queste le sole sanzioni attualmente applicabili, tali non essendo ritenute e non ritenendosi, per le diverse, speciali loro esclusive finalità, quelle del titolo V del decreto luogotenenziale 6 maggio 1917, n. 740;

Queste non hanno, peraltro, conseguito l'effetto desiderato. L'inconveniente ha perdurato e perdura in ispregio di azioni amministrative di attività punitrice.

Un doppio ordine di provvedimenti sembra possibile adottare a combatterlo.

Il primo si attiene ad una speciale disciplina del commercio e del consumo del latte.

Il secondo riguarda la possibilità e la convenienza di un rincrudimento delle sanzioni penali in vigore, sì che il rigore delle pene comminate ed irrogate ai contravventori delle disposizioni vigenti non sia, come purtroppo ora appare, considerato dai contravventori stessi come una trascurabile passività dell'esercizio, compensata dal guadagno conseguito e assicurato col mezzo stesso della contravvenzione.

Relativamente al primo ordine di provvedimenti, si sono avviati studi di concerto con il Ministero per gli approvvigionamenti e i consumi alimentari, nella cui competenza più specialmente e direttamente rientrerebbero i provvedimenti medesimi.

Quanto alla modifica del regime repressivo in

confronto dei contravventori, questo Ministero ha preso in esame e considererà la possibilità e l'opportunità di addivenirvi, sia contemporaneamente alle nuove disposizioni che si dovessero concordare con il Ministero per gli approvvigionamenti e i consumi alimentari, sia anche, se del caso, anticipatamente ad essi e indipendentemente da essi.

Esso studia il problema del quale si occupa la interrogazione con tutto l'interessamento che merita ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7466) *Cura degli internati - Pensione.* — Dott. A. A. da F. — La cura degli internati poveri compete al medico condotto gratuitamente. Per liquidare la pensione su 20 anni di servizio deve prestarne altri due di interinato. Con 20 anni di servizio e 52 di età liquiderà la pensione di annue lire 585.

(7467) *Pensioni.* — Dott. E. R. da M. M. — Il medico di consorzio è obbligato a pagare un sol contributo alla Cassa di previdenza e può, per conseguenza, liquidare una sola pensione e non più. Crediamo, quindi, che Ella non possa percepire che una sola pensione non ostante abbia erroneamente pagato sinora doppio contributo. Con 20 anni di servizio non si può liquidare alcuna pensione. Occorrono 24 anni, sei mesi ed un giorno. Con tale durata di servizio e con la denunziata età di anni 48, potrà liquidare la pensione di lire 764.

(7468) *Cura di infermi nel nosocomio.* — Dott. prof. G. Z. da C. — I poveri cui Ella accenna nel quesito non sono previsti nell'articolo 3 del regolamento interno dell'ospedale. Ella può, quindi, rifiutarsi alla prestazione diffidando, con apposito atto legale, l'Amministrazione ospedaliera di non essere disposto a curare i suddetti individui se non dietro congruo aumento di stipendio. Se gli individui ricoverati dovranno pagare, è l'Amministrazione del nosocomio che deve patrocinare e sostenere le proprie ragioni di fronte agli enti od individui che risulteranno in obbligo di sostenere la relativa spesa. Ella, essendo stipendiato, non ha altro diritto che quello di opporsi alla cura o, non opponendosi, di essere aumentato lo stipendio, nella cui originaria fissazione non fu contemplato l'onere, che ora tacitamente Le si è imposto.

(7469) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. V. da G. V. — Dal momento che Ella occupa come interino una condotta che è priva del titolare, ha diritto allo aumento di stipendio sempre quando esso fosse deliberato ed approvato dalle competenti autorità. Per determinare in concreto l'entità dell'aumento bisognerà stabilire la retribuzione che annualmente percepisce in base alla diaria giornaliera di lire 12.

(7470) *Aumento di stipendio - Sessennio* - Sig. abbonato 8624. — L'aumento di stipendio accordato a seguito del D. L. del 10 febbraio ultimo non interrompe la decorrenza del sessennio, il quale, anzi, quando è compiuto, dà diritto ad aumento in base al nuovo stipendio. L'aumento di stipendio deliberato da codesto Consiglio comunale nel 1913 ha avuto la decorrenza dal 1° gennaio 1912. Da quell'epoca, quindi, cioè dal 1912, comincia a decorrere il relativo periodo sessennale.

(7472) *Compenso per consulti.* — Dott. F. B. da P. di C. — Se un medico condotto è invitato dal curante ad intervenire ad un consulto richiesto dalla famiglia, ha diritto a speciale compenso perchè tale prestazione esorbita dalle ordinarie sue mansioni, appartenendo l'infermo ad altra condotta. Ma il medico curante che è pregato di assistere ad un consulto non ha diritto a compenso, ritenendosi tale intervento come una delle visite che egli è obbligato a fare, e ciò, trattandosi di cura piena, anche a persone agiate.

(7473) *Concorso a posti di ufficiale sanitario - Limite di età.* — Dott. G. B. da C. E. — L'art. 113 del regolamento generale sanitario del 19 luglio 1906, n. 466, fa solo la seguente eccezione per il limite di età richiesto per prender parte al concorso per il posto di ufficiale sanitario: « Non sarà richiesto alcun limite di età, ai sensi del n. 2 dell'art. 75 per ottenere l'ammissione ai concorsi ai posti di ufficiale sanitario per quei medici-chirurgi che dimostreranno di avere, nel periodo fra l'andata in vigore della legge 22 dicembre 1888, numero 5849, e la pubblicazione del presente regolamento esercitato in forza di nomina prefettizia e per la durata di almeno tre anni, le funzioni di ufficiale sanitario. Al computo del triennio sarà applicabile la disposizione del 2° comma del precedente articolo 112 ». Nessuna altra eccezione è prevista ed è, quindi, possibile.

(7474) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. A. V. da P. — Il medico militare comandato in servizio civile deve prestare il servizio di condotta legalmente istituito nel Comune e che esercitava il medico assente. Se, quindi, la condotta è pei soli poveri deve curare gratuitamente solamente coloro che sono iscritti nel relativo elenco, potendo chiedere compenso per le prestazioni che compie verso gli agiati.

(7475) *Cavalcatura - Congedo per infermità.* — Dott. F. C. da V. — Il medico che gode di un congedo per malattia o per altra causa non è obbligato a cedere gratuitamente all'interino che lo sostituisce la propria cavalcatura, perchè ciò costituirebbe un aggravio e questi sono espressamente vietati dall'art. 29 del regolamento generale sanitario del 19 luglio 1906.

(7477) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. U. G. da M. — Il medico militare in servizio civile deve adempiere agli obblighi contrattuali che avea il medico condotto che egli sostituisce. Di tal che dagli abbienti può farsi pagare essendo per lui obbligatoria la sola prestazione verso coloro che sono inclusi nello elenco dei poveri. Il Comune non è obbligato a fornirle l'alloggio, ma deve somministrarle la somma stanziata in bilancio per i mezzi di trasporto al medico condotto. Per il caso di infermità deve regolare la propria posizione rivolgendosi al Distretto militare nella cui giurisdizione trovasi l'Amministrazione civile da cui Ella dipende.

(7479) *Sanitario comunale - Aumento di stipendio.* — Dott. S. R. da G. — Il sanitario comunale non ha facoltà di fare affiggere un manifesto al pubblico a riguardo della concorrente epidemia. Il Consiglio comunale è facultato ma non obbligato a concedere l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio 1917. Di guisa che avverso le tergiversazioni dell'Amministrazione comunale non si ha diritto di ricorrere ad alcuna autorità. Sarebbe però sempre bene che del fatto fosse informato minutamente il Prefetto della Provincia per le occorrenti necessarie sollecitazioni.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8526:

Data la sua classe (1880) Ella non ha diritto all'avvicendamento.

La proposta alla medaglia dei benemeriti della salute pubblica deve esser fatta o dall'autorità militare da cui il medico dipende se la benemerenza fu acquistata in servizio militare, o dalla Prefettura se si tratti di benemerenze acquistate in servizio civile.

Al dott. D. P., Zona di guerra:

Le promozioni dei tenenti medici con anzianità 1° maggio 1916 non sono ancora incominciate, nè potranno cominciare tanto presto.

Al dott. D. R., Zona di guerra:

Il collega espone il suo stato di servizio da quando è stato mobilitato, ma non formula alcun quesito. Che cosa precisamente desidera sapere??.....

Al dott. F. d'A. da G.:

Ella non può esser nominato tenente data la sua indisponibilità.

Al dott. R. F. da G. M.:

La circolare n. 210 del G. M. 1915, Decreto Reale del 28 marzo 1915, n. 339, sancisce le norme per le nomine a primo capitano.

Esistono però dei capitani effettivi con anzianità di grado *14 gennaio 1915* che *non sono primi capitani:* quindi perchè un ufficiale medico di complemento possa esser nominato primo capitano occorre che, oltre i 20 anni di spalline, abbia un'anzianità *antecedente* al 14 gennaio 1915.

Al dott. G. D. L. da M.:

Se Ella non è stato esonerato, ma semplicemente *avvicendato*, e come medico militare *comandato* a sostituire il chirurgo, è chiaro che ha diritto a percepire gli assegni militari.

All'abb. n. 5964:

Per essere destinato alle truppe coloniali occorre far domanda, impegnandosi per tre anni.

Non esiste però per tali ufficiali alcun diritto a pensione che diversifichi da quanto è disposto per gli altri ufficiali di complemento.

M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;

Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;

Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Ordinariati.

Sono promossi al grado di ordinario i proff.: Bertino Alessandro, di clinica ostetrica e ginecologica a Siena; Dalla Vedova Riccardo, di ortopedia e traumatologia a Roma; Foà Carlo, di fisiologia a Parma; Ottolenghi Donato, di igiene a Cagliari; Perroncito Aldo, di patologia generale a Cagliari; Scaffidi Vittorio, di patologia generale a Palermo.

Libere docenze.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Bucciante Alfredo in clinica oculistica a Roma; Carbone Domenico in igiene e polizia medica a Bologna; Cominelli Alfredo in terapia clinica a Napoli; Cuneo Gerolamo in chimica fisiologica a Pavia; Durante Luigi in patologia chirurgica a Pavia; Fasiani Gian Mario in patologia chirurgica a Torino; Franchini Achille in medicina operatoria a Bologna; Fummi Antonini in traumatologia a Roma; Mafrici Bruno in semeiotia medica a Napoli; Maiocchi Giuseppe in medicina legale a Pavia; Mannelli Matteo in patologia chirurgica a Napoli; Maymone Bartolomeo in batteriologia a Bologna; Messineo Giuseppe in parassitologia a Torino; Nucci Arturo in traumatologia a Napoli; Oliari Francesco in chimica bromatologica a Parma; Piccinini Prassitele in materia medica e farmacologia a Parma; Ponzio Mario in elettroterapia e radiologia medica a Torino; Rolando Silvio in clinica chirurgica delle vie urinarie a Genova; Rossi Emilio in clinica ostetrica e ginecologica a Napoli; Samaia Nino in patologia medica a Bologna; Santangelo Belisario in clinica pediatrica a Roma; Tallarico Giuseppe in chimica fisiologica a Roma; Trocello Enrico in clinica delle malattie nervose a Roma; Urso Luigi in medicina legale a Catania; Viale Gaetano in fisiologia a Torino; Volpe Carlo in clinica ostetrica e ginecologica a Napoli; Zapelloni Lorenzo in patologia chirurgica a Roma.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Fasano Mario, in medicina operatoria, da Bologna a Pavia; Gasbarrini Antonio, in patologia chirurgica, da Parma a Pavia; Montreschi Pietro, in patologia medica, da Napoli a Pisa; Silvestrini Luigi, in patologia chirurgica, da Genova a Modena.

* * *

La Facoltà medica di Bologna ha conferito l'incarico dell'insegnamento di clinica medica per l'anno 1918-19 nuovamente al prof. Pietro Albertoni.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

PERILLI GIOVANNI, da San Pietro Avellana (Campobasso), capitano medico del 2° reggimento granatieri. — Avuta notizia che presso i reticolati nemici era rimasto un nostro militare ferito, vo-

lontariamente, di notte, con due granatieri si recava a ricercarlo, per trasportarlo al posto di medicazione. Riuscito vano il tentativo, all'alba tornava ai reticolati, riuscendo nel suo intento, benchè dolorante per contusioni alla gamba, al braccio ed al fianco, riportate per una caduta accidentale durante la precedente ricerca notturna. Ricuperato il ferito, si muniva della bandiera di neutralità e tornava di nuovo sul medesimo posto per raccogliervi le salme di alcuni granatieri. Per aver protestato perchè gli avversari in tale circostanza asportavano le armi dei caduti, veniva fatto da questi prigioniero. — (Monfalcone, 2-3 luglio 1915).

Pedrazzi Arrigo, da Travo Piacenza); capitano medico complemento reggimento alpini. — Durante vari giorni di successivi combattimenti, provvide infaticabilmente alla cura e allo sgombro di numerosi feriti. Fatto segno il suo posto di medicazione ad un intenso ed aggiustato fuoco di artiglieria avversaria anche di grosso calibro, continuò, per delle ore, a prestare l'opera sua umanitaria con grande spirito di abnegazione ed esemplare calma, nonostante che, nello stesso posto, cadessero colpiti portaferiti e militari ivi ricoverati. — Monte Cauriol, 27 agosto 1916.

Spelta Giulio, da Pavia, capitano medico complemento comandante reparto someggiato sezione sanità divisione. — *In commutazione dell'encomio solenne concessogli col decreto luogotenenziale 13 febbraio 1916:* — Quale comandante di un reparto someggiato della sezione di sanità, diede continuo e bell'esempio di coraggio e serenità, prestando la sua opera a numerosi feriti, in posizioni intensamente battute, anche dopo essere stato contuso dallo scoppio di una granata nemica. — Plava, 23-27 giugno 1915.

Stilon Ettore, da Stefanaconi (Catanzaro), sottotenente medico milizia territoriale, reggimento fanteria. — Avendo un proietto nemico di grosso calibro investito e demolito parte del fabbricato ove era installato il posto di medicazione, facendovi anche delle vittime, si apprestò subito a soccorrere i colpiti, dando bell'esempio di coraggio e di alto sentimento del dovere. — Bonetti, 15 agosto 1916.

ENCOMIO SOLENNE.

Bozzolo Carlo, da Borgolavezzano (Novara), aspirante ufficiale medico complemento fanteria. — Nella sua qualità di ufficiale medico, dava prova di coraggio e di sprezzo del pericolo, e attendeva con serena e grande attività alla cura dei feriti. — Nad Logem, 15-16 agosto 1916.

CROCE DI GUERRA.

Il dott. ANTONIO QUIRICO, tenente medico (figlio del comm. GIOVANNI, medico di S. M. il Re), che trovasi al fronte in ospedaletti da campo da circa due anni, è stato insignito della Croce di guerra da S. A il Duca d'Aosta, comandante della III Armata, per il contegno da lui tenuto durante un bombardamento dell'ospedaletto in cui prestava servizio.

NOTIZIE DIVERSE

Provvedimenti contro l'epidemia influenzale in Roma.

Con provvedimento prefettizio sono stati chiusi tutti i cinematografi, i teatri di varietà ed i luoghi di trattenimento non classificati come teatri ed è stato disposto che nei teatri non venga data più di una rappresentazione al giorno.

Il presidente della Commissione amministrativa degli Ospedali di Roma, comm. Lusignoli, ha disposto che medici, infermieri e convalescenti usino le maschere di garza per preservarsi e preservare dall'epidemia, come già si è fatto in Svizzera ed in America.

Con provvedimento prefettizio è stata disposta la chiusura del cimitero nei giorni consacrati alla commemorazione dei defunti.

Per l'alimentazione degli ammalati.

Per agevolare l'alimentazione degli ammalati di influenza il Ministero per gli approvvigionamenti e per i consumi ha acconsentito che la vendita dei generi destinati all'alimentazione infantile limitatamente però alle farine alimentari amidodiastasata, farina di cereali, farina di leguminose e semolino di riso, sia estesa ai detti ammalati dietro consegna di certificati medici indicanti le qualità dei generi ed il numero di pacchetti da ritirare.

Il prezzo rimane stabilito in cent. 85 per pacchetto di 250 grammi di farina alimentare e di leguminose e di cent. 75 per pacchetto di 250 grammi di farina di cereali e semolino di riso.

I detti prodotti possono acquistarsi presso le pasticcerie autorizzate alla vendita pei bambini di pastine alimentari e di biscotti maltizzati.

Il prezzo dei medicinali.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il seguente Decreto Luogotenenziale:

È data facoltà ai prefetti, sentito il Consiglio provinciale di sanità, o, in caso d'urgenza, la Giunta del Consiglio provinciale di sanità, di fissare nelle rispettive Provincie i prezzi massimi di vendita al pubblico dei medicinali di maggior uso.

Chiunque venda medicinali a prezzi superiori a quelli fissati a norma del presente decreto è punito con la multa da L. 500 a 1000, e con decreto del prefetto può essere ordinata la chiusura fino a tre mesi dell'esercizio ove è avvenuta la vendita.

In caso di recidiva alla multa si aggiunge la reclusione da un mese ad un anno ed il titolare della farmacia ove è avvenuta la vendita può, con decreto del prefetto, essere dichiarato decaduto dall'autorizzazione all'esercizio di essa.

Contro i provvedimenti emanati dal prefetto in virtù del presente decreto non è ammesso ricorso nè in sede giudiziaria nè in sede amministrativa.

Per il latte ai malati.

Date le attuali condizioni sanitarie e l'importanza essenziale dell'alimentazione lattea, il Ministro degli approvvigionamenti e consumi ha auto-

rizzato i prefetti ad adottare temporaneamente provvedimenti eccezionali per assicurare i quantitativi indispensabili di latte.

All'uopo i prefetti potranno imporre ai produttori di latte, agli industriali dei prodotti caseari, l'obbligo di destinare al consumo diretto determinati quantitativi di latte e integrazione di quelli che già pervengono ai centri di consumo, sospendendo in conseguenza la parziale produzione dei formaggi indipendentemente da qualunque contratto.

Per le provincie nelle quali, data la scarsa produzione totale di latte, il provvedimento suddetto non possa avere sufficiente efficacia, il Ministro degli approvvigionamenti provvede all'invio di latte condensato nei limiti più larghi consentiti dall'importazione.

Il ministro Crespi ha anche autorizzato i prefetti a sospendere la fabbricazione di formaggi di cui ha iniziato l'importazione dall'America allo scopo di lasciare disponibile una maggiore quantità di latte.

Contro le frodi nella vendita del chinino.

In virtù di un D. L. il rivenditore di generi di monopoli che esiga e riceva per smercio di chinino di Stato un prezzo superiore a quello di tariffa sarà punito colla destituzione, senza pregiudizio di ogni altra eventuale azione a norma delle leggi e dei regolamenti in vigore.

Della destituzione sarà pure passibile il rivenditore che, contrariamente al vero, si dichiari sprovvisto di chinino di Stato, e non ne faccia al pubblico la somministrazione.

* * *

Un altro D. L. dispone quanto segue:

I farmacisti ed i rivenditori di generi di privativa debitamente autorizzati ad esercitare lo spaccio al pubblico dei preparati chinacei dello Stato, debbono venderli nelle precise condizioni di confezionamento in cui li ricevono dal Ministero delle finanze. Essi non possono acquistarne altre quantità presso spacci al minuto. I contravventori saranno puniti con l'ammenda sino a lire 500 e, se recidivi, con l'ammenda da lire 500 a lire 3000. L'intendente di Finanza può inoltre dichiararli decaduti dal diritto di spaccio al pubblico dei preparati suddetti.

Chiunque, senza esservi autorizzato, venda, ritenga per vendere o somministri, in qualsiasi modo, a scopo di lucro, preparati chinacei di Stato, incorre nella pena pecuniaria da lire 500 a lire 1000. In caso di recidiva, ovvero se i preparati siano stati comunque modificati nella loro forma, la pena è dell'arresto da 3 a 5 mesi. I prodotti sequestrati saranno confiscati.

Comitato provinciale antitubercolare di Roma.

Il Prefetto di Roma, in esecuzione al D. L. 4 aprile 1918, ha chiamato a far parte del Comitato, del quale demmo già notizia nel fasc. 41, anche il prof. sen. Ettore Marchiafava, assessore comunale d'igiene, direttore del R. Istituto di anatomia patologica dell'Università di Roma, l'on. avv. Luigi Federzoni, presidente del Comitato per gli invalidi di guerra e rappresentante dell'Opera Nazionale per gli invalidi e l'avv. cav. Luigi Battaglia, presidente del Comitato antitubercolare di Viterbo.

Il diritto di voto dei professori emeriti.

Una circolare ministeriale del 13 luglio u. s. in risposta ai quesiti di Rettori universitari stabilisce quanto segue: « È stato chiesto da alcuni Rettori entro quali limiti deve comprendersi il diritto di voto nelle sedute delle rispettive Facoltà dei professori emeriti, di cui alla legge 1° aprile 1917, n. 557. Ad evitare diversità di interpretazioni, deve tenersi presente che il diritto di voto sopra ricordato è ammesso in tutti quei casi in cui disposizioni di legge e di regolamento non lo limitino esplicitamente ai professori ordinari e straordinari. Vogliano le SS. LL. dare di ciò comunicazione ai Presidi di Facoltà e ai Direttori di Scuole. — Per il ministro: FILIPPI ».

Un nuovo convalescenziario britannico per i nostri soldati.

È stato recentemente consegnato alle nostre Autorità sanitarie militari un nuovo convalescenziario, capace di molti posti e corredato di tutto il più moderno materiale, sorto a cura della Croce Rossa Britannica, sulle rive di uno dei più pittoreschi laghi lombardi.

Un ospedale per « feriti da gas » in Francia.

Il *Paris Médical* riferisce che si è inaugurata a Parigi, con l'intervento del sottosegretario di Stato pel servizio sanitario Mourier, di altre autorità e dei delegati degli eserciti alleati, una clinica speciale per i feriti da gas.

Quest'ospedale, che è posto sotto la direzione scientifica del prof. Achard, membro dell'Accademia di Medicina, darà agli ammalati il benefizio delle cure di medici specializzati, e sarà un centro di insegnamento e di esperienza per i medici militari e borghesi, ove tutti i metodi di cura applicabili a questa categoria di ammalati saranno esaminati ed applicati.

All'istituzione è annesso un laboratorio di ricerche.

Sulla fondazione Rockefeller.

La fondazione Rockefeller di New York deve l'esistenza e il mantenimento a John D. Rockefeller. Mentre alla fine del 1917 il bilancio di cassa era di 21 milioni di dollari, nel 1918 per precedenti avanzi e per un altro dono del Rockefeller, è salito a 23,325,809 dollari. Alla fondazione Rockefeller si debbono alcuni dei più cospicui progressi scientifici compiuti di recente: sui trapianti degli organi e sulle colture artificiali dei tessuti, da parte di Carrel, sulla fecondazione artificiale, da parte di Loeb, sull'insufflazione intratracheale, da parte di Melzer. Durante il 1917 nei terreni appartenenti all'istituto fu eretto un ospedale ove per la prima volta si è sperimentato il metodo Carrel-Dakin per la sterilizzazione delle ferite. La fondazione ha intrapreso

la produzione di sieri e la distribuzione alle amministrazioni degli ospedali, ed ha messa a disposizione rilevanti fondi per la cura delle malattie nervose e mentali dovute alla guerra. La fondazione presentemente devolve gran parte delle sue risorse ai bisogni della guerra, mettendosi a disposizione della Croce Rossa Americana, che porta i suoi soccorsi nelle retrovie alleate e nella popolazione civile delle terre invase. La sola opera che la fondazione amministra direttamente in Europa è la campagna antitubercolare in Francia. Ai campi di concentramento la fondazione ha donato finora novecentomila dollari per i trattenimenti sociali, per le istituzioni educative e per il progresso morale delle truppe. Prima della dichiarazione di guerra alla Germania, la fondazione aveva svolto anche un programma verso l'Oriente: ospedali in Cina; università mediche e laboratorî scientifici a Shanghai.

Per l'Ospedale italiano a New York.

Il 29 giugno, ad iniziativa de *La Parola del Medico,* periodicò di medicina in lingua italiana pubblicato a New York, si tenne in questa città il «primo giorno dell'Ospedale Italiano» consistente in una passeggiata di beneficenza. L'organizzazione venne curata da un numeroso Comitato generale, costituito in un comizio tenutosi a Brooklyn; venne anche formato un Sotto-comitato femminile.

L'incasso raggiunse molte migliaia di dollari.

La sede d ell'Unione Universitaria americana in Italia.

L'Unione delle Università americane aveva creato da tempo un ufficio di rappresentanza in Francia e in Inghilterra perchè i docenti e gli scolari americani potessero trovarvi, nei loro viaggi in Europa, assistenza ai loro studi. Ora, l'Unione stessa ha stabilito un ufficio in Italia e precisamente a Roma, affidandolo al prof. Kenneth Mackenzie, dell'Università dell'Illinois.

Cassa medica di guerra.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici per il Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie (a disposizione del futuro Congresso Federale perchè ne stabilisca la erogazione e a termini della Circolare n. 6, protocollo n. 451, 18 agosto 1915) ha raggiunto, a tutto il 30 settembre 1918, il totale generale di lire 156,611.96.

Con l'animo angosciato apprendiamo la perdita del sen. prof. FRANCESCO TODARO, una delle maggiori illustrazioni dell'Ateneo romano.

Del venerato Maestro diremo in un prossimo numero.

Colpito da influenza contratta nel prestare le sue cure ai militari ricoverati nell'Ospedale Tiburtino in Roma, si è spento a soli 33 anni il capitano medico dott. PAOLO MORALDI. Alla memoria della compianta vittima del dovere vada un commosso saluto.

È morto d'influenza anche il prof. dott. ENRICO D'ANNA, di Roma. Di una multiforme attività, professò con valentia l'arte chirurgica; poi coltivò la patologia del lavoro; in questi ultimi anni si era consacrato alle istituzioni per la redenzione igienica e sanitaria dell'infanzia. Fu un apprezzato collaboratore del nostro periodico.

È morto il dott. CARLO COLOMBO, notissimo negli ambienti medici e sportivi della capitale. Aveva diretto il grandioso Istituto kinesiterapico e il Corpo dei giovani esploratori. Fu un ardente fautore della terapia fisica e della cultura fisica.

Il duca sen. LEOPOLDO TORLONIA, spentosi in questi giorni, ha dedicato non poca parte della sua attività al Comitato regionale romano della Croce Rossa, di cui era presidente. Ha dato il suo nome e la sua opera anche alla campagna antitubercolare. L'insigne patrizio romano era universalmente amato e la sua perdita desta un profondo cordoglio.

Indice alfabetico per materie.

Anuria da calcolosi: trattamento chirurgico . . . . *Pag.* 1031
Atti parlamentari. (Contro le adulterazioni del latte) . . . . » 1043
Consiglio Superiore di Sanità: l'attuale pandemia influenzale . . . . » 1035
Costante ureo-secretoria in chirurgia . » 1031
Enuresi essenziale notturna in guerra . » 1032
Epilazione . . . . » 1033
Glicosuria nei feriti di guerra . . . . » 1033
Influenza: misure per combatterla . . » 1042
Liquidi parassitari: tossicità . . . . . *Pag.* 1030
Piastrine del sangue: origine . . . . » 1030
Ratti delle trincee: lotta . . . . . . » 1030
Sterilizzazione della pelle con cloruro d'etile . . . . » 1023
Tetano cronico . . . . » 1029
Ulcera duodenale: diagnosi e trattamento . . . . » 1026
Umidità e perfrigerazione . . . . . . » 1017
Uremia: forme cliniche . . . . » 1031
Urinazione: frequenza nella donna . . » 1033

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 3 novembre 1918 Fasc. 44.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: M. Fasano: Sull'intervento chirurgico nelle ferite dei nervi da proiettili di guerra. — **Note preventive:** L. Meille: Un nuovo metodo di cura nell'attuale epidemia di « influenza spagnuola » o « febbre a tipo influenzale ». — **Note di tecnica:** V. Stenico: Gli schizzi radioscopici. — **Medicina sociale:** — E. Santi: In tema di aborto criminoso. — **Commenti:** — G. Viale: Trattamento delle lesioni cutanee da yprite con nitrato d'argento. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: R. Strisower: Contributo clinico e sperimentale sulla febbre quintana. — OTOLOGIA: M. Lermoyez: La diagnosi dell'otorrea tubercolare. — **Appunti di medicina pratica:** CASISTICA: La diagnosi clinica di alcuni casi rari di aneurisma aortico. — L'obliterazione della vena cava superiore. — TERAPIA: L'azione dell'adrenalina sugli apparati cardio-vascolare e gastro-intestinale. — L'anestesia spinale in ginecologia. — **Cenni bibliografici.** — **Posta degli abbonati.** — **Nella vita professionale:** Pangloss: L'epidemia di influenza e la Croce Rossa. — Cronaca del movimento professionale. — **Amministrazione sanitaria:** Consiglio Superiore di Sanità. — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Francesco Todaro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA DI ASTI
diretto dal col. cav. dott. O. ROSSO.

Sull'intervento chirurgico nelle ferite dei nervi da proiettili di guerra.

Prof. dott. MARIO FASANO.

Le lesioni dei nervi nelle ferite in guerra sono di una discreta frequenza. Talvolta possono essere la conseguenza di gravi traumatismi interessanti ampiamente le parti molli e le ossa con sezione completa del nervo o schiacciamento del tronco nervoso fra i monconi di frattura, il più sovente sogliono seguire a semplici ferite transfisse, ferite insignificanti, guarite rapidamente per prima intenzione.

Sono queste le lesioni che il più delle volte non vengono sufficientemente esaminate e studiate perchè considerate *a priori* di lieve entità.

I fenomeni di parestesia o di paralisi, frequentemente associati, che ne conseguono vengono riferiti ad una semplice alterazione funzionale non avente alcuna base anatomo-patologica, capace di migliorare e di risolversi spontaneamente o tutto al più con qualche applicazione elettrica o meccanoterapica.

Questi ammalati, lasciati per lungo tempo a se o inviati e rimandati da un ospedale all'altro, senza che si verifichi alcun miglioramento nelle loro lesioni, diventano sfiduciati e quando finalmente capitano sotto l'osservazione di un medico, il quale riconosca l'entità del loro male o è troppo tardi l'intervenire, per la scarsa probabilità di risultato, data l'atrofia muscolare, la rigidità articolare, o l'intervento proposto viene rifiutato per la diffidenza, in parte giustificata, degli ammalati stessi. In tal modo soldati, i quali in tempo relativamente breve avrebbero potuto ricuperare la loro funzione e ritornare validi ed utili, vengono resi inabili permanentemente con gravi conseguenze, non solamente sociali, ma anche economiche, dovendo lo Stato liquidare gli indennizzi ai feriti in proporzione al danno riportato, il quale avrebbe potuto essere nullo o certamente inferiore, se i feriti fossero stati assoggettati ad un conveniente trattamento.

Ciò è dovuto al fatto che in molti ospedali non si procede con sufficiente scrupolo e diligenza all'esame ed alla cura delle lesioni nervose, semplicemente perchè mancano i medici specializzati. Credo con questa mia asserzione di non offendere i colleghi non specializzati, quando si consideri che la interpretazione di molte lesioni dei nervi riesce difficile e talora

impossibile allo stesso neuropatologo, per la molteplicità di fenomeni, di sintomi talvolta disparati e contraddittorî, che si sovrappongono nello stesso individuo per la stessa lesione. E non basta il rilevare esattamente i sintomi, non è sufficiente la loro diligente ed attenta valutazione, ma quel che è sopra tutto necessario è la loro, per quanto possibile, esatta diagnosi anatomica, che spesso riesce difficile ed indaginosa anche per lo specialista addestrato e famigliarizzato con queste forme.

La chirurgia di guerra ci ha dimostrato che molte lesioni, che un tempo noi eravamo abituati ad interpretare specialmente in base a sintomi di alterazioni motorie, frequentemente sogliono manifestarsi con sintomi di alterazioni sensorie. A questo riguardo ricordo che per consenso di molti neuropatologi, che si sono occupati di lesioni di nervi prodotte da ferite in guerra, le lesioni del mediano, ad esempio, si manifestano specialmente con sintomi sensorî, con alterazioni nella sensibilità, parestesia, tanto che vennero da alcuni paragonati ai sintomi della ischialgia, mentre le alterazioni del cubitale si manifestano specialmente con sintomi vaso-motorî e quelle del radiale con sintomi motorî. Così dicasi per certi rilievi diagnostici, che sinora erano stati considerati quasi patognomonici. L'elettrodiagnosi, che per il passato venne sempre considerata come un elemento di capitale importanza nella valutazione delle lesioni dei nervi, attualmente pare abbia perso, almeno in qualche caso, gran parte del suo valore. Così asseriscono autori competenti, quali il Témoin ed il Savariaud, i quali dubitano che l'esame elettrico possa dare ragguagli precisi sulle lesioni dei nervi.

Il Savariaud cita, ad esempio, un caso di paralisi dei nervi dell'avambraccio, consecutiva a frattura dell'omero, che presentava rèazione elettrica degenerativa e che guarì perfettamente e rapidamente senza trattamento chirurgico.

Come si vede, anche nell'interpretazione diagnostica delle lesioni nervose non si hanno dati di assoluta certezza, non è possibile, come si pretendeva un tempo, schematizzare esattamente e chiaramente una determinata sindrome corrispondente ad una particolare lesione di un nervo. Il reperto che si basa sull'esame della varia sensibilità, sull'esame elettrico, sui sintomi di paresi, di paralisi, di spasmo, di parestesie dei muscoli o gruppi muscolari e regioni corrispondenti al territorio di innervazione di un dato nervo, non è sufficiente e talvolta fallace. Il reperto anatomo-patologico servirà in alcuni casi a colmare certe lacune, a rettificare interpretazioni errate o per lo meno troppo generiche.

Da ciò la necessità di una più giusta e più pratica collaborazione fra chirurghi e nevrologi. Questo venne affermato da molti chirurghi ed ultimamente dal Bobbio in un suo articolo comparso nel fascicolo 16 della Sezione pratica del *Policlinico* del 1916.

Finalmente il Bobbio mette in rilievo questa deficienza, la quale non è tanto da attribuirsi all'insufficienza dell'organizzazione ospitaliera, quanto alla deficienza dei rapporti di corrispondenza scientifica e pratica fra chirurghi e specialisti. Dice il Bobbio: « riconosciamolo francamente, regna ancora fra noi molta diffidenza in tutto ciò che non entra proprio nel nostro campo: così accade che clinici medici vorrebbero costantemente al loro servizo i chirurghi, solo al titolo di obbedienti tagliatori, i chirurghi, anche insigni, non vedono che la verità e la salvezza nelle loro mani, dispregiando spesso tutto ciò che sa di troppo teorico »; ed io aggiungo di troppo scientifico, perchè molte volte si confondono dai chirurghi, non dico insigni, con teoria le cognizioni scientifiche fondamentali, basate su precetti di pura patologia, e questa è scienza, è dogma e non teoria, poichè senza di essa non è possibile esercitare la chirurgia con scienza, e quel che più importa, con coscienza.

E' necessario che tutto questo finisca, che il chirurgo si crei un alleato nel neuropatologo, non mandi a lui solamente i *casacci*, come bene osserva il Bobbio; solamente da questa giusta e cordiale collaborazione scaturiranno gli elementi necessari per una esatta interpretazione diagnostica e da questa teoria ne verranno benefizî inestimabili per le applicazioni pratiche della chirurgia, la quale non si deve limitare allo scopo di ottenere la sola guarigione anatomica del ferito, ma di ottenere una guarigione funzionale per quanto è possibile perfetta.

Stabilito questo accordo, questa collaborazione fra chirurghi e nevropatologi, ne verrà per conseguenza una direttiva unica anche nello stabilire le indicazioni o meno ad un intervento, argomento questo ancora allo stato di problema, sul quale regna ancora molta incertezza e le opinioni si dimostrano molto discordi. Qui non si tratta infatti di stabilire solamente l'indicazione operatoria, ma il momento preciso in cui deve essere praticato lo intervento, se precoce o tardivo, questione, come si vede, abbastanza complessa e sulla quale difficilmente il solo chirurgo può dire l'ultima parola. Così, mentre alcuni vorrebbero sempre

l'intervento il più possibile precoce a diminuire il pericolo delle atrofie muscolari, delle rigidità, delle anchilosi, altri vorrebbero invece riservato l'intervento al momento in cui si sia avuta una guarigione perfetta della lesione ad eliminare il pericolo della sepsi operatoria e quindi dell'insuccesso. Come si vede, gli uni e gli altri possono aver ragione. Si tratta quindi di saper vagliare, distinguere, basandosi su minuziose osservazioni ed apprezzamenti, ciò che non è sempre facile senza l'aiuto di molteplici elementi, che possono essere forniti dallo specialista.

L'indicazione operatoria se è una questione della più grande importanza in tutte le branche della chirurgia, lo è maggiormente in questa, che si riferisce alla terapia delle lesioni nervose.

Bisogna, per venire ad un aggruppamento ordinato sul quale basare l'indicazione, stabilire anzitutto, come già hanno fatto alcuni autori, una classificazione sintomatologica di queste lesioni.

Le forme di queste lesioni, che giungono ordinariamente negli ospedali, si possono distinguere in tre grandi categorie: forme dolorose senza paralisi motrice, forme dolorose con paralisi motrice più o meno pronunciata, forme non dolorose con sola paralisi di senso e di moto.

Fra queste tre categorie esistono numerose forme di passaggio, le quali tutte però si possono riferire ad una delle categorie suaccennate. Da questa elementare classificazione si può subito desumere che, mentre nelle forme con sola paralisi può essere discusso, se non l'intervento, la data di questo, nelle forme dolorose al contrario l'intervento si impone e dovrà essere necessariamente precoce. A spiegare questa indicazione, che potrebbe *a priori* essere considerata troppo assoluta, basta riferirsi alla patogenesi di queste forme di neuriti ed ai risultati, che vennero ottenuti dalle operazioni precoci. Senza poter disporre di una ricca letteratura in riguardo esistono numerose osservazioni dalle quali viene dimostrato praticamente in modo indiscutibile come l'intervento subito praticato abbia per risultato la cessazione immediata dei dolori ed il progressivo ripristino graduale, talvolta immediato, dei movimenti, nei casi in cui si aveva paralisi nel territorio di distribuzione del nervo leso. E vediamo quali siano le alterazioni anatomiche su cui si basa la patogenesi di queste neuriti. Anche con una ferita apparentemente insignificante si possono avere lesioni anatomiche neuritiche ed anche perineuritiche di notevole importanza. In certi casi il nervo è intatto in mezzo ad una ganga di tessuto fibroso, in altri esso presenta alla superficie noduli di volume variabile da quello di una lenticchia a quello di un fagiuolo, in tutti questi casi concomitantemente ai fatti paralitici, più o meno accentuati, esistono sempre fenomeni di intensa neurite, i quali si accentuano maggiormente allorquando il nervo, invece di essere inguainato, presenta un notevole rigonfiamento nodulare in un punto del suo percorso, con neuroma doloroso.

In mezzo a questa produzione di tessuto di neoformazione si osservano soluzioni di continuità nelle fibre nervose, che talvolta possono essere complete, di modo che il nervo è interrotto in questo punto e sostituito completamente dal tessuto di neoformazione, che costituisce il neuroma. Accanto a queste alterazioni anatomiche, che si riferiscono direttamente al nervo ed alla sua superficie, ne abbiamo altre di minore importanza: compressione da scheggie ossee, da stravasi sanguigni, da secreti purulenti, ma che pur tuttavia acquistano sempre un notevole significato per la patogenesi delle neuriti, che ne conseguono.

E' ovvio come dinanzi a questi fatti, anatomicamente constatati, il chirurgo non possa rimanere inattivo e come la semplice parte di spettatore dinanzi al dolore debba essere considerata colpevole da chi ha il dovere non solo, ma anche la possibilità di lenirlo. È divino sedare il dolore, dice un vecchio adagio, lo è maggiormente quando assieme alla soppressione del dolore si può ottenere il ripristino della funzione e ridare non alla vita un invalido, ma alla società un uomo utile e capace.

Ho già accennato come, sebbene la letteratura non sia ricca di esperienze in riguardo, esistano già numerose osservazioni nelle quali l'intervento ha potuto avere un esito immediato; giudico quindi opportuno riassumere brevemente a solo scopo clinico dimostrativo qualche mia osservazione personale.

I. — L... P..., soldato ... fanteria; entra in ospedale il 20 giugno 1915.

Si riscontra una ferita transfossa da proiettile di fucile con foro d'entrata alla regione sottoclavicolare sinistra e foro d'uscita alla regione laterale del collo dallo stesso lato. Si nota paralisi flaccida completa di moto e di senso di tutto l'arto superiore corrispondente.

All'esame elettrico i nervi non si mostrano eccitabili nè alla corrente galvanica, nè alla faradica.

Il paziente accusa dolori nevralgici intensi per tutto il braccio, dolori che non subiscono mai alcuna sosta e che lo privano del beneficio del sonno. Neppure la morfina iniettata a dosi

elevate può attenuare i fenomeni dolorifici, tanto che il paziente è notevolmente deperito nello stato generale e domanda con insistenza che lo si liberi dai dolori.

Tutte le cure mediche apprestate: applicazioni calde, rivulsivi, massaggi, applicazioni elettriche, non hanno alcun effetto, per cui si decide di intervenire.

Il 28 giugno in narcosi eterea si procede mediante un'ampia incisione, interessante sulla linea mediana il cavo ascellare all'isolamento ed alla dissezione del plesso brachiale fino in corrispondenza del punto di emergenza delle due radici del nervo mediano. Nulla si riscontra all'esame diretto del nervo mediano, muscolo-cutaneo, cubitale, cutaneo interno e radice profonda del radiale. Esaminando però le radici del mediano si osserva la radice interna inglobata in un coagulo sanguigno di colorito rosso scuro, il quale infiltra leggermente il tessuto cellulare circostante.

Si asporta delicatamente il coagulo e si dissecca accuratamente la radice del nervo, la quale si mostra alquanto contusa, di colore rosso scuro, infiltrata dal sangue, che la circondava. Si prepara mediante dissezione di un lembetto aponeurotico un letto conveniente nello strato muscolare sottostante sul quale si adagia il tronco nervoso, che si ricopre con il piccolo lembo, suturandolo ai margini dell'incisione aponeurotica. Ravvicinamento mediante qualche punto del cellulare del cavo ascellare, sutura cutanea lasciandovi un piccolo drenaggio capillare, che viene rimosso dopo due giorni.

Guarigione per prima.

Appena risvegliato il paziente nota con soddisfazione la scomparsa completa dei dolori. Nella stessa notte dall'operazione può dormire di un sonno profondo, tanto che alla mattina successiva, durante la visita medica si è obbligati a svegliarlo per poterlo esaminare, ciò che non era mai successo durante il tempo che era rimasto in ospedale precedentemente all'operazione.

I dolori non si sono più riprodotti, la motilità e sensibilità invece tardano a riapparire.

All'esame praticato il giorno prima della sua uscita dal riparto si ha:

Insensibilità completa su tutto l'arto, eccettuato nella regione radiale dell'avambraccio ed in tutta la sua superficie anteriore, in cui si dimostra percezione abbastanza sensibile tattile e dolorifica, come pure alla regione volare della mano. Per ciò che riguarda la mobilità sono possibili leggeri movimenti di estensione del gomito, della mano e delle dita.

All'esame elettrico i nervi non si mostrano eccitabili nè alla corrente galvanica, nè alla faradica; i muscoli rispondono alla corrente galvanica e quelli dell'eminenza tenare e dell'avambraccio presentano reazione di degenerazione.

Queste sono le condizioni nelle quali l'ammalato viene dimesso il 25 luglio 1915.

II. — C... C..., soldato ... fanteria, entra in ospedale il 20 giugno 1915.

Si riscontra una ferita transfossa da palla di fucile alla regione clavicolare destra con frattura comminativa della clavicola al terzo interno e foro d'uscita alla regione cervicale posteriore

L'ammalato accusa dolori continui lancinanti a tutto l'arto superiore di destra.

All'esame si riscontra: Leggera flessione del gomito, dell'articolazione radio-carpea e delle dita. Impossibili i movimenti data la contrattura spastica in cui si trova l'arto. Iperestesia accentuatissima, tanto da rendere impossibili gli esami relativi alla sensibilità ed alla reazione elettrica.

Persistendo, anzi accentuandosi le parestesie dolorose e per ridurre la frattura scomposta della clavicola ci si decide per l'intervento.

In etero-anestesia il 22 luglio si pratica un lembo a convessità in alto, comprendente l'orifizio di penetrazione del proiettile, con base a livello della metà interna della clavicola.

Abbassando il lembo si isola l'articolazione coraco-clavicolare e si scopre la clavicola fratturata in minute scheggie in corrispondenza del punto d'attacco del legamento omonimo.

Isolato diligentemente il focolaio di frattura si estraggono le scheggie libere, una delle quali si percepisce all'esplorazione profonda infissa nelle parti molli sottostanti. Mediante pinza vien fatto di poterla afferrare ed estrarre.

Essa si presenta di forma allungata (3 cm. di lunghezza) con estremità taglienti ed acuminate. Rimossa la scheggia dalla cavità fuoresce sangue piceo, venoso, frammisto a grumi. Si ha presto ragione della abbondante emorragia a nappo mediante tamponamento. Si suturano i due monconi ossei residui, alquanto assottigliati poichè la frattura era avvenuta specialmente a spese della faccia posteriore della clavicola. Si sutura il lembo cutaneo incompletamente per lasciare spazio libero al tampone.

Dopo tre giorni si rimuove il tampone, dopo otto si levano i punti; guarigione.

L'ammalato appena ridestatosi dopo l'operazione, non accusò più alcun dolore ed in pochi giorni si ripristinano completamente i movimenti dell'arto.

Nessuna alterazione nella sensibilità, reazioni elettriche normali.

Esce il 5 agosto 1915 perfettamente guarito.

III. — O... B..., S. tenente ... fanteria, entra nel reparto ufficiali il 31 agosto 1915.

Vengo richiesto in consulto dal Capo Reparto dott. Levi il 20 settembre.

L'ammalato presenta una piccola ferita già cicatrizzata, prodotta da scheggia di granata, sulla linea mediana del polpaccio, in corrispondenza dell'unione del terzo superiore col terzo medio della gamba.

Accusa dolori lancinanti per tutta la gamba sinistra specialmente posteriormente con iperestesia cutanea accentuatissima, tanto che non si può toccare, anche leggermente, la superficie dell'arto senza esacerbare il dolore. Il malato non può neppure tollerare il contatto delle lenzuola.

Date le condizioni in cui si trova il paziente è impossibile un esame accurato dell'arto affetto.

Il 24 settembre in anestesia eterea si pratica un incisione longitudinale mediana posteriore, comprendente la cicatrice della ferita,

che alla palpazione si dimostra di consistenza dura, di forma cilindroide ed approfondantesi nell'interstizio dei muscoli gemelli. Procedendo a strati si isola il nervo tibiale, il quale è compreso nella cicatrice suaccennata, ravvolto da tessuto cicatriziale, di consistenza dura cartilaginea, stridente al taglio. In questo tessuto si rinviene qualche granulo metallico (minutissime scheggie di proiettile).

Preparato accuratamente il nervo sopra e sotto la cicatrice, escidendo a tratti il tessuto fibroso, che lo ravvolge, si isola un vero nevroma, compreso nello spessore del nervo. Inciso il nevroma longitudinalmente si dimostra costituito da tessuto bianco grigiastro, duro; non havvi alcun accenno alla presenza di fibre nervose.

Stabilita dalla biopsia operatoria la scontinuità delle fibre nervose nel tessuto del nevroma lo si escide, sezionando trasversalmente il nervo sopra e sotto. Per l'impossibilità di accostare i due monconi (il tratto di nervo esciso misura la lunghezza di un centimetro) si flette la gamba sulla coscia e si suturano i due estremi del tronco nervoso mediante una ansa di catgut di ravvicinamento a tutto spessore e due di affrontamento laterali, limitate al solo perinervio. Bendaggio gessato in posizione flessa dell'arto.

Subito dopo l'operazione cessano i dolori.

Rimosso il bendaggio dopo 20 giorni, si iniziano movimenti attivi e passivi, massaggi ecc.

Il paziente non ebbe più ad accusare alcun dolore. Dopo due mesi dall'operazione poteva camminare discretamente bene, solamente non poteva reggersi per lungo tempo sull'arto affetto senza che si flettesse improvvisamente quasi a scatto l'articolazione del ginocchio.

All'esame praticato prima della sua uscita dall'ospedale non si nota alcuna alterazione nè di moto, nè di senso, eccettuata una piccola zona di anestesia al bordo interno del piede.

Esce dall'ospedale il 3 febbraio 1916.

IV. — A... V..., soldato ... bersaglieri, entra in ospedale il 2 agosto 1915.

Presenta una ferita transfossa da proiettile di fucile all'unione del terzo medio con il terzo inferiore della faccia interna del braccio sinistro. L'arto trovasi in posizione di leggera flessione del gomito, incapace di qualunque movimento.

Il ferito accusa dolori urenti, trafiggenti, non solo all'arto colpito, ma a tutte le estremità. Il dolore raggiunge il massimo di intensità al palmo ed al dorso della mano corrispondente, la quale è incapace di qualunque movimento.

È impossibile eseguire un esame della sensibilità poichè qualunque toccamento, anche leggero, superficiale, in qualunque parte del corpo, provoca una crisi spastica dolorosa con contratture toniche generalizzate. Si rinunzia persino a tastare il polso al paziente ad evitargli tali crisi dolorose, che lo riducono in uno stato compassionevole.

Questo stato di iperestesia dolorosa non subisce alcuna sosta, anche durante la notte il paziente è continuamente tormentato dai dolori, i quali vanno sempre maggiormente accentuandosi con parossismi sempre più frequenti, determinati dalle più lievi cause: luce troppo viva, rumori, ecc. Il solo atto di fingere di toccargli la pianta dei piedi determina una forte scossa in tutta la persona, un semplice colpo di tosse è causa dell'esacerbazione dei dolori, accompagnati dalle contratture suaccennate.

La temperatura non è molto elevata, raggiunge i 38-38.5 al massimo.

Dato questo stato che va sempre maggiormente aggravandosi, nonostante le numerose cure tentate, ci si decide per l'intervento.

Il 10 agosto in etero-anestesia si sbrigliano ampiamente in senso longitudinale il foro d'entrata ed il foro di uscita del proiettile. Si ha fuoruscita di discreta quantità di pus denso, di colorito giallastro in corrispondenza del foro di entrata del proiettile (faccia latero-interna del braccio). Prosciugato il campo operativo si prosegue alla ricerca del mediano, che viene completamente isolato per il tratto di 10 cm. circa. Il tronco nervoso si presenta infiltrato ed inspessito, di consistenza dura, di volume notevolmente aumentato, completamente avvolto per il quarto inferiore del suo decorso al braccio da una ganga di tessuto di neoformazione.

Si disseca completamente il nervo da questo tessuto e si riinviene in un punto corrispondente quasi alla piegatura del gomito un rigonfiamento ovalare della lunghezza di un centimetro. Si prepara nei tessuti muscolari-aponeurotici sottostanti una doccia sulla quale si adagia il nervo, che viene a sua volta ricoperto da lembi muscolari-aponeurotici opportunamente preparati.

Sutura degli strati muscolari e della pelle lasciando un piccolo drenaggio capillare all'angolo inferiore della ferita.

Nel pomeriggio dello stesso giorno in cui fu eseguito l'atto operativo cessano completamente i dolori al braccio e l'iperestesia generale, tanto che è possibile toccare il paziente non solo all'arto colpito, ma anche in qualunque altra parte del corpo senza determinare il minimo dolore.

Invitato il paziente a fare qualche movimento risulta subito l'impossibilità di eseguire alcun movimento di flessione, eccettuato il gomito, che può essere leggermente flesso ad angolo retto.

Tale stato si protrae per qualche giorno dopo che riappaiono nuovamente i dolori al braccio, i quali vanno sempre maggiormente aumentando concomitantemente all'iperestesia generale.

La ferita operatoria guarisce di prima intenzione tranne un leggero gemizio siero-purulento all'orifizio del drenaggio.

Perdurando lo stato doloroso anzi esacerbandosi viepiù maggiormente di giorno in giorno ci si decide per un altro intervento che viene eseguito il 23 agosto.

Previa etero-anestesia si sbriglia la linea di incisione dell'operazione precedentemente praticata. Giunti sul tronco nervoso si nota che esso è circondato da un tessuto cicatriziale aderentissimo al perinervio e con numerose fibrille penetrante nella compagine dello stesso nervo. Isolatolo accuratamente sino a tre centimetri oltre la piega del gomito, si nota a li-

vello di questa un ingrossamento claviforme del volume di una nocciuola in corrispondenza del quale specialmente, il tessuto cicatriziale si stipa tutto all'intorno, particolarmente al disotto con aderenze fittissime, costituite da un vero traliccio di tessuto cicatriziale a numerose ramificazioni penetranti nel tratto deformato del nervo. Liberato e dissecato accuratamente questo tratto di nervo si esamina la sua superficie, che si presenta spoglia completamente di perinervio, scabro, irregolare. Sezionatolo longitudinalmente su breve tratto ed in superficie non si dimostra alcuna traccia di fibre nervose, ma si osserva un tessuto bianco, madraperlaceo, omogeneo, stridente al taglio.

Si pratica un incisione longitudinale a tutto spessore per tutto il tratto deformato del nervo e si ottiene lo stesso reperto. Allora si escide il tratto deforme, equivalente ad un nevroma di amputazione e dopo aver flesso il gomito, fino a poter affrontare i due monconi, questi vengono suturati per innesto, avendo cruentato ed affusolato a cono il tratto inferiore ed inciso longitudinalmente per breve spazio il moncone centrale per modo da potervi incuneare il moncone periferico. Sutura con tre punti di catgut in direzione longitudinale. Si incide lo strato muscolare sottostante per preparare una nuova doccia nella quale si adagia il nervo. Si sutura detto strato indi il piano muscolo-aponeurotico soprastante e la pelle.

Si fissa mediante bendaggio gessato il braccio col gomito piegato ad angolo retto. Subito dopo l'operazione cessano completamente i dolori e l'iperestesia per non più ripetersi.

Invitato il paziente a flettere le dita della mano lo può fare con discreta facilità, riesce solamente ostacolato il movimento di opposizione del pollice.

All'esame praticato dopo 15 giorni dall'intervento non si nota alcuna alterazione di sensibilità nel territorio di distribuzione del mediano, eccettuata una leggera iperestesia alla parte centrale del palmo della mano. Anche il movimento di opposizione del pollice può essere eseguito con minore difficoltà, la flessione del gomito viene eseguita sino all'angolo retto.

Nessuna reazione degenerativa all'esame elettrico.

Esce l'8 ottobre 1915 potendo compiere qualunque movimento della mano e del braccio, sebbene il movimento di flessione delle dita non si possa ancora fare con forza normale per la leggera atrofia da inattività muscolare.

V. — B... G..., caporale ... fanteria, entra in ospedale il 1° maggio 1916.

L'a. proviene da un altro reparto nel quale era rimasto degente da otto mesi.

Presenta una ferita da scheggia di granata in corrispondenza della faccia posteriore della coscia destra al 3° inferiore.

La ferita è completamente cicatrizzata e la cicatrice si mostra retratta, dura, sclerosata. Essa è situata precisamente all'angolo superiore del losanga popliteo ed è aderente ai tendini dei muscoli bicipite, semitendinoso e semimembranoso, ma specialmente sopra ad una più vasta superficie del primo. Il movimento di flessione della gamba sulla coscia si compie perfettamente, quello di estensione al contrario non si può compiere completamente, perchè la gamba è arrestata nel suo movimento dal tessuto cicatriziale sopradetto.

Il ferito racconta, che dal momento stesso in cui fu colpito accusò dolore intenso, folgorante, estendentesi dalla ferita stessa a tutto il piede, ma specialmente accentuato su tutta la superficie plantare del piede ed alla faccia esterna della gamba.

Detto dolore ha dei periodi di esacerbazione spontanei ed è sistematicamente accentuato da qualsiasi contatto della cute della gamba e del piede e persino dai rumori, che vengono prodotti in vicinanza del ferito.

Egli giace preferibilmente in decubito laterale con la gamba ferita in flessione molto pronunciata. Il piede è in accentuato equinismo. Le masse muscolari della faccia posteriore dell'arto sono floscie e un pò atrofiche, maggiore atrofia presentano i muscoli della faccia anteriore. La cute è di colorito normale, non si notano edemi od alterazioni trofiche.

All'esame della motilità si nota che la funzione dei muscoli gemelli è salva, come pure quella del flessore delle dita non è abolita per quanto molto ridotta, così pure la funzione del muscolo tibiale posteriore, che è discreta. La funzione dei muscoli della faccia anteriore della gamba è molto più ridotta, che non quella dei muscoli della faccia posteriore, però non è neanch'essa completamente abolita ed al comando il ferito può compiere leggerissimi movimenti di flessione dorsale del piede e delle dita.

L'esame elettrico riesce impossibile perchè l'iperestesia elettrica è tale da provocare vivissimi movimenti di reazione da parte del ferito, prima che la corrente sia giunta ad un'intensità sufficiente a determinare le contrazioni muscolari. La sensibilità tattile ha carattere d'iperestesia su tutta la superficie della gamba e del piede, ma specialmente alla faccia dorsale del piede e delle dita nel campo di innervazione del nervo muscolo-cutaneo e safeno esterno, come pure su tutta la superficie della regione plantare.

La sensibilità dolorifica, normale in corrispondenza della faccia interna nel distretto cioè del safeno interno è esagerata alla faccia esterna ed esageratissima alla regione dorsale e plantare.

La sensibilità termica, normale alla faccia interna della gamba, si presenta così alla faccia dorsale e plantare alterata nel senso di una parestesia dolorifica. All'esame infatti con una provetta riempita di acqua a 50 gradi circa, il paziente può bensì distinguere se si tratta di acqua fredda o calda, ma il contatto dell'acqua calda provoca sopratutto una sensazione dolorosa.

Con lo scopo di alleviare i dolori all'ammalato, dolori che si potevano ben riferire ad una costrizione del nervo, impigliato nel tessuto cicatriziale della ferita, ci si decide per l'intervento che viene eseguito il 4 marzo 1916.

Previa anestesia eterea si pratica un'incisione longitudinale di 20 cm. nel cavo del po-

plite in corrispondenza della cicatrice preesistente (linea mediana).

Escisione di tutto il tessuto cicatriziale ravvolgente il nervo, dissezione accurata del nervo per 15 cm. circa da 5 cm. al disopra della biforcazione in avanti. Sul punto di biforcazione al lato interno e posteriore del nervo si isola una sinecchia, la quale dall'aponeurosi profonda del cavo del poplite si porta sino a contatto del nervo facendo corpo con il perinervio infiltrato ed inspessito. Alla palpazione delle branche del nervo al disotto di questa formazione si percepisce il tronco nervoso popliteo esterno leggermente indurito per confronto ad analoga palpazione eseguita al disopra della formazione cicatriziale sul tronco comune.

Si escide la sinecchia fra due lacci e si asporta il perinervio ad essa corrispondente indurito ed infiltrato.

Previa preparazione di uno strato muscolo-aponeurotico superficiale si affonda il nervo e si pratica la sutura di questo strato, sutura della pelle, drenaggio capillare.

Si applica la trazione a pesi per tenere l'arto in estensione.

Dopo due giorni dall'operazione si rinunzia al drenaggio, dopo otto si levano i punti, guarigione.

Subito dopo l'operazione cessano i dolori precedentemente accusati. L'ammalato si lamenta solamente di qualche dolore al piede, ciò però non gli impedisce di alzarsi, di scendere e salire le scale per recarsi in cortile dove passa la maggior parte della giornata.

Il 1° giugno si pratica un'iniezione alcoolica endoneurale alla Schlössel dopo la quale anche i dolori al piede cessano completamente.

Il 12 giugno lascia il reparto per trasferimento in altro ospedale.

(Continua)

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE DI GUERRA N. 42 C. R. I.

Un nuovo metodo di cura nell'attuale epidemia di "influenza spagnuola" o "febbre a tipo influenzale"

per il ten. medico LUIGI MEILLE, capo riparto.

NOTA PREVENTIVA.

Il desiderio di arrecare allo studio della forma morbosa infettiva ed epidemica osservata in questi ultimi mesi in Europa e tutt'ora in pieno sviluppo il contributo pratico di un sussidio terapeutico semplice ed efficace, lasciando ad altri più competenti e maggiormente provvisti di mezzi di indagine adeguati di risolvere il grave problema della sua patogenesi, i successi ottenuti in un numero non indifferente di casi di varia entità, la semplicità del metodo applicabile da qualsiasi medico anche in clientela privata, mi hanno indotto a comunicare i primi risultati ottenuti coll'autosieroterapia negli infermi di febbre a tipo influenzale ricoverati nel mio riparto in questo ospedaletto della zona di guerra.

La tecnica seguita è semplicissima:

Disinfettata la piega del gomito con alcool ed applicato al disopra di essa un laccio elastico mantenuto con una pinza di Klemmer, in modo da rendere turgescenti le vene sottocutanee di questa regione (mediana basilica o mediana cefalica), introduco nella vena, cateterizzandola, un ago comune da iniezioni, sterilizzato, di medio calibro ed innestato mediante un raccordo metallico su una siringa di vetro a stantuffo calato, accuratamente bollita e lasciata raffreddare, della capacità di 10 cmc. Il sangue, penetrando nella siringa, respinge lo stantuffo e risale nel corpo della siringa stessa; ne estraggo in tal guisa, distaccando la siringa dall'ago, che lascio *in situ*, ogni qualvolta è piena, da 20 a 30 cmc., che introduco in una provetta da saggio sterilizzata, che chiudo con tappo di cotone guarnito di guttaperca laminata asettizzata nell'alcool.

Sciolgo il laccio elastico togliendo la pinza, ritiro l'ago dalla vena e occludo l'orifizio con una goccia di collodio elastico.

Dopo 12 ore, lasciando sierare il sangue nella provetta in posizione inclinata, aspiro con una siringa di Luër di 2 cmc. bollita il siero separatosi dal coagulo e l'inietto nel cellulare sottocutaneo della coscia nella quantità voluta.

L'estrazione del sangue praticata in tal guisa non impressiona l'ammalato e, pure poten-

do venire effettuata in qualsiasi ambiente, offre tutte le garanzie di asepsi desiderabili; l'iniezione di siero poi non dà nessuna reazione locale dolorifica nè flogistica.

Dopo qualche tempo dall'iniezione di siero (3-4 ore circa) si nota talora una reazione febbrile che poi scompare senza lasciar traccie. Non si sono osservati mai accidenti da siero.

Il sangue viene prelevato per lo più 3 o 4 giorni dopo il presunto inizio della malattia.

Le dosi di siero iniettate sotto cute variano da uno a due cmc. a seconda della quantità di siero di cui si dispone, della intensità della malattia e della costituzione dell'ammalato.

L'azione del siero di sangue introdotto nell'organismo si manifesta rapidamente con un miglioramento nel decorso della forma morbosa. L'ammalato non avverte nessun disturbo soggettivo nè locale nè generale. Le condizioni di salute migliorano immediatamente, il polso diventa più valido, la cianosi gradatamente scompare, diminuisce la cefalea, sottentra uno stato di euforia e l'ammalato guarisce in tempo assai minore di quelli non trattati col proprio siero e quasi sempre senza presentare complicazioni.

La curva febbrile che già dopo l'estrazione del sangue dimostra un accenno talora notevole alla remissione, ma che nei giorni successivi risale se la malattia è lasciata a sè anche adoperando i comuni sussidi terapeutici, si abbassa gradatamente e rapidamente invece praticando l'autosieroterapia e diventa normale anche astenendosi dal somministrare rimedi.

L'autosieroterapia della attuale febbre a tipo influenzale presenterebbe il vantaggio di introdurre nell'organismo un siero non eterogeneo che presumibilmente contiene gli anticorpi o antitossine dell'antigene o tossina che determinò la malattia e che, oltrechè per le sue intrinseche virtù antitossiche, agirebbe anche come produttore di nuove antitossine. Se questo metodo non delucida per ora la questione dell'eziologia del morbo, nè permette di stabilirne la natura, rappresenta tuttavia un trattamento di immunizzazione passiva combinata che nell'attuale circostanza ha costantemente dimostrato delle proprietà curative molto evidenti e si è manifestato realmente efficace in un numero ragguardevole di casi che formeranno l'oggetto di un lavoro successivo.

Il potere disporre di una quantità notevole di siero da animali immunizzati o da individui certamente immuni da altri processi morbosi permetterebbe non solo di applicare più diffusamente il metodo in esame, ma di assaggiarne anche l'eventuale valore profilattico.

L'autosieroterapia non ha mai dimostrato invece un'azione specificamente efficace sulle complicazioni di cui non ha modificato il decorso se non migliorando le condizioni generali di salute dell'infermo.

Ad integrare la terapia antitossica intrapresa col siero dell'ammalato mi sono giovato pure in molti casi gravi di febbre infettiva di ipodermoclisi (raramente precedute da salassi abbondanti che l'esperienza mi ha dimostrati dannosi nei casi di « adinamia cordis », abbastanza frequenti in questa tossiemia, e sempre cominciando da dosi piccole di 40-50 cmc. di soluzione fisiologica per giungere in seguito fino a 250 cmc. al giorno), senza che le condizioni del cuore nè quelle del rene, che si presenta nelle forme gravi quasi sempre affetto da glomerulonefrite acuta (come potei constatare in due necroscopie eseguite e da numerosi reperti chimici e microscopici di esami di urine) avessero a risentirne effetti dannosi. Dopo qualche tempo dall'ipodermoclisi invece il cuore regolarizzava e rinvigoriva le sue pulsazioni, la quantità d'orina emessa nelle ventiquattr'ore, talora assai ridotta, aumentava, e si notava persino una sudorazione percutanea che poteva essere considerata come un ottimo coefficiente di disintossicazione organica.

Per questa triplice azione ipertonizzante, disintossicante e diuretica l'ipodermoclisi, adoperata con cautela, costituisce uno dei più validi aiuti nella cura dell'attuale forma morbosa infettiva.

Concludendo, nell'attuale febbre a tipo influenzale e secondo osservazioni che sto completando con ulteriori ricerche, coll'autosieroterapia si ottiene una diminuzione di intensità e di durata della malattia stessa, un aumento delle difese naturali dell'organismo ed una conseguente notevole riduzione delle probabilità e della gravità di complicazioni che sono quelle che maggiormente preoccupano il medico per la prognosi in questa forma di malattia tossico-settica.

Zona di guerra, 17 ottobre 1918.

NOTE DI TECNICA.

LABOR. RADIOGRAFICO DELL'OSP. MIL. CHIRURGICO DELLA BAGGINA IN MILANO.

Gli schizzi radioscopici.

Nota del dott. VITTORIO STENICO, capitano medico di complemento.

Quanto sto per esporre non è l'ovo di Colombo. Trattasi di una piccola cosa la quale per il momento in cui versiamo assume una discreta importanza.

Per i chirurghi è di grande interesse la localizzazione di corpi estranei, la determinazione di lesioni ossee ed articolari, per i medici la esatta descrizione di fatti patologici riscontrati nell'esame radiologico dei visceri cavitari.

E non sempre il chirurgo possiede tali nozioni di radiologia da rilevare con tutta facilità sui negativi radiografici delle ombreggiature minime, delle sfumature, delle chiazzature, che a tutta prima sembrano trascurabili; nè sempre si può pretendere abbia l'occhio addestrato a simili ricerche.

Nè il radiologo riesce sempre in un succinto referto ad esporre con la esattezza voluta e dovuta i risultati del suo esame.

Oggidì la guerra ci impone per ragioni di tempo e di economia delle limitazioni nel numero dei negativi.

Perchè sprecare lastre e cartoncini e reattivi invece di fissare su carta semplice i risultati degli esami radioscopici? Le *silhouettes* splacnologiche non sempre si prestano: occorrerebbe averne un museo, e non sempre la memoria riesce a far ritrarre con esattezza le impressioni delle cose osservate.

Partendo da questi concetti io pensai di riprodurre direttamente dallo schermo fluorescente le immagini radioscopiche; e procedo in tal modo: colloco una lastra di vetro pulitissimo sul vetro antix dello schermo radioscopico e seguo — disegnandoli con la penna e con inchiostro copiativo — i contorni della lesione, o degli organi da osservare, fissandone più specialmente quella porzione che, per chi richiede l'esame, può avere la maggiore importanza. Poi trasporto il disegno su carta velina come con un comune copialettere. Cioè lascio asciugare l'inchiostro, rettifico o rivedo i piccoli sgorbietti ed i pentimenti del tracciato (che sono inevitabili dovendo essere fatto con una luce minima), distendo sul vetro un foglietto di carta da copialettere inumidita con un tampone di ovatta, lo ricopro con un cartoncino e lo metto sotto pressa con un'altra lastra di vetro su cui colloco un sacchetto di sabbia.

Dopo un minuto la copia è fatta, dal vetro se ne può ottenere una seconda, e se l'inchiostro copiativo è buono anche una terza con tutte le annotazioni volute.

Non è chi non veda la praticità di tale procedimento semplicissimo: economia di tempo, di lastre, di reattivi, esattezza assoluta più ancora che in disegni alla camera lucida e sovrattutto facilità di mettere in palese evidenza molte minuzie che ai meno provetti sfuggono sui negativi, o tali che non sempre si riesce a riprodurre con distinta chiarezza con i processi di fotografia positiva.

Delle copie una o due passano in archivio, una si allega alla cartella clinica e — lo credano i colleghi — questi schizzi radioscopici riescono più utili che certi strafalcioni di radiografie che si debbono accogliere per deferenza a chi le invia, e che praticamente a nulla servono.

E non c'è bisogno di essere artisti.

MEDICINA SOCIALE.

In tema di aborto criminoso.

Il numero degli aborti negli ultimi decenni è andato aumentando, in grado più o meno sensibile, ma sempre rilevante in tutte le nazioni; nè l'Italia fu immune di questo guaio. Ce lo dicono in modo chiarissimo le statistiche accuratamente raccolte negli anni che precedettero la guerra. Chi volesse avere maggiori dettagli a questo proposito legga il capitolo relativo agli aborti nella pubblicazione «La profilassi ginecologica» del prof. Alfieri. Scoppiata poi la guerra, la frequenza degli aborti ha raggiunto cifre invero impressionanti. Nella Maternità di Arezzo in questi due ultimi anni, per es., il numero dei parti abortivi fu di poco inferiore a quello dei parti a termine. E quello che si è verificato ad Arezzo non è accidentale, od un fatto isolato, ma press'a poco ripete quanto si è verificato e si verifica nelle Cliniche e Maternità delle altre città.

Le donne che abortiscono ci adducono le scuse più strane. Ma ognuno che addentri un po' il suo acume critico in tale argomento, dovrà convincersi facilmente che non è tanto al malessere creato dalla guerra, all'aumento del lavoro, ai traumi psichici, che si debba attribuire questo fatto, ma piuttosto alla illegalità di molte gravidanze. Troppe sono le donne che rimangono gravide avendo il marito assente, o ragazze che vedono allontanarsi e scomparire il più o meno serio fidanzato. E la sanatoria, la regolarizzazione della loro posi-

zione, la trovano in persone accondiscendenti che generosamente provocano loro l'aborto. È facile constatarlo e dalle confessioni delle pazienti e dall'ognor crescente numero di donne che talvolta sfacciatamente richiedono di essere liberate dall'ingombrante peso. Ed al cittadino lo dirà la cronaca dei processi giudiziari per provocati aborti ogni dì invero più frequenti. Questa evenienza è certo uno di quei tanti effetti che porta e portò sempre con sè la guerra, dovuti ad un abbassamento del senso morale della popolazione. Cessata la guerra, è vero, il numero degli aborti tornerà a scemare, ma egualmente si manterrà, se non si provvede, in limiti più alti di quelli che aveva raggiunto prima della guerra. Il miglioramento della tecnica nella provocazione dell'aborto ha concorso non poco all'aumento della frequenza di questi delitti. Da tutte le parti, da medici, da sociologi, da onesti cittadini si sente gridare contro questa piaga che tende ognor più a diffondersi ed a far risentire ognor più le sue gravi conseguenze. L'aborto, oltre che sopprimere tante esistenze, la cui necessità sarà più che mai sentita dopo guerra, se anche non è sempre molto pericoloso per la vita della donna che lo sopporta, lascia troppo frequentemente in essa lesioni durature che oltre limitare o sopprimere la sua fecondità, la rendono spesso una infelice che è d'intoppo allo svolgersi di una prospera e tranquilla vita famigliare.

L'aborto provocato, l'aborto criminoso che tende da noi oggi ad estendersi tanto da avvicinarsi alle cifre spaventose della Francia, ove fu constatato che un terzo dei prodotti del concepimento sono soppressi dall'aborto (e fra questi dal 50 all'80 % sono aborti criminosi), deve essere combattuto con tutti i mezzi non solo da ogni coscienzioso sanitario, ma è necessario che intervenga anche il sociologo, il legislatore. È ben vero che già da un pezzo la legge presso di noi considera l'aborto provocato, senza giusta indicazione medica, come un delitto e commina gravi pene sia a chi lo procura, come a chi se lo fa procurare; ma è certo che bisogna dedurre che la legge è insufficiente se l'aborto tende ognora a farsi più frequente. Le pene sancite dalla legge sono per lo meno poco temute se tante persone, così a cuor leggero, vanno loro incontro. Inutilmente io credo che il legislatore potrebbe stabilire pene maggiori.

È ben noto che l'aborto criminoso tende sempre più a diffondersi, perchè nelle circostanze attuali è un delitto fra i più difficili ad essere svelato, ad essere perseguito. È certo, la prima cosa che è da richiedere si è che chi è preposto alla salute ed alla moralità pubblica eserciti in questo campo una maggior vigilanza di quello che oggi non sia fatto, e precisamente è necessario che essa sia tanto più intesa quanto maggiori sono le difficoltà che si oppongono a mettere in luce questi delitti. Ma dove a parer mio il rimedio potrà trovare maggiore efficienza sarà nel rendere tale male più facilmente svelabile. Ogni ostetrico ben sa, per confessioni che certo non gli sono mancate, che vi sono purtroppo anche dei medici che non tanto raramente si prestano e speculano su questo genere di manovre. Per quella pratica che mi viene dall'avere esercitato in varie Maternità di grandi, di piccole e medie città d'Italia, mi sembrerebbe però di poter affermare, senza timore di errare, che fortunatamente il numero di aborti criminosi provocati da medici in Italia sia di molto inferiore a quello del 10-15 % dato dal Bar per Parigi. È invece indubbio che la grandissima parte degli aborti criminosi è opera della levatrice. Chi non sa che vi sono perfino levatrici che evitano di assistere parti normali per dedicarsi all'opera meno faticosa e più rimunerativa della provocazione dell'aborto? Ora, se si vuole portare un sentito rimedio al male, credo sia necessario rivolgere le nostre cure alla levatrice, al suo operato. Certamente si potrà ottenere qualche cosa elevando il grado di coltura e di moralità della levatrice con una migliore e più rigorosa selezione fra le allieve che si iscrivono ai corsi d'ostetricia, con una più accurata sorveglianza sulla loro condotta durante gli anni di studio, e con il facilitare la possibilità di eliminare quelle che eventualmente eludendo il rigore nella iscrizione, avessero già iniziata la frequenza nei corsi (e tutto questo è tanto più opportuno ricordarlo oggi che da noi per incarico di S. E. il Ministro della pubblica istruzione si stanno facendo studi e proposte su questo argomento), con il migliorare oltre che le condizioni morali anche le materiali della levatrice (la quale molte volte, oltre che per primitiva deficiente moralità, diviene provocatrice di aborti perchè questo è il solo modo che le resta per guadagnare quel tanto da campare la vita) elevando quindi gli stipendi, e limitando, specie nei centri maggiori, il numero delle levatrici che esercitano. Mireremo così ad evitare assurde concorrenze. Sta di fatto che le provocatrici di aborti non si trovano fra le levatrici che hanno una buona clientela e buoni e onesti guadagni, ma fra quelle che hanno una clientela molto limitata od equivoca. Ma certo molto di più ancora si

otterrà rendendo più facile la sorveglianza sulle operate, sull'esercizio della levatrice. E questo credo non sia difficile ottenere anche senza aumentare di molto il lavoro e gli intoppi burocratici di chi a questo ufficio è preposto. Recentemente il prof. Calderini a questo proposito faceva voti perchè maggiormente fosse estesa la sorveglianza sull'opera delle levatrici da parte del medico provinciale, dal Consiglio sanitario; invocava la nomina di speciali ispettori ostetrici. Certo, a qualche cosa tutto questo potrebbe portare; ma, francamente, non ho molta fiducia che il miglioramento riesca assai sensibile. E più oltre giustamente raccomandava l'osservanza dell'obbligo, da parte delle levatrici che tengono pensioni di gestanti, pensioni che troppo spesso sono veri centri di delitti, della regolare denuncia del nome delle frequentatrici o pensionanti. Ma molto più si dovrebbe ottenere coll'estendere l'obbligo della denuncia a tutte indistintamente le levatrici su tutta l'opera loro. La levatrice dovrebbe essere obbligata a tenere un registro che dovrebbe settimanalmente presentare ad un pubblico ufficiale a ciò comandato, il quale dovrebbe invigilare con molto maggiore accuratezza e rigore di quello che non sia fatto oggi sul famoso registro di parti, che quasi sempre dorme da lunghi anni in fondo ad un cassetto della levatrice.

Irregolarità nella tenuta di questo registro dovrebbero essere severamente punite. Su questo registro, che la levatrice avrebbe obbligo di conservare nel modo più segreto, dovrebbe essere segnato indistintamente il nome di tutte le clienti a cui la levatrice presta l'opera sua, senza segnare la ragione per cui queste clienti ricorrano alla levatrice, od invece semplicemente contrassegnare con numero le malate a cui la levatrice ha prodigato le sue cure; ma in questo caso accanto a ciascun numero dovrebbe essere segnato il motivo per cui quella malata contrassegnata col tal numero ha ricorso all'opera della levatrice. In simil modo una accurata sorveglianza sull'opera della levatrice non dovrebbe essere difficile. Le mancate denuncie in tal modo sarebbero rilevate abbastanza facilmente, e, se rilevate, dovrebbero essere sempre severamente punite. Questo per chi volesse che ancora il segreto professionale fosse osservato nel modo più scrupoloso e rigido. Io, per parte mia, per le ragioni che esporrò subito, vorrei che su tale registro fosse invece segnato e il nome della cliente ed il perchè dell'opera della levatrice. Certamente contro questa proposta non mancheranno di essere sollevate alte proteste, perchè urta contro le disposizioni sancite dalla legge, riguardo al segreto professionale, contro quello che da alcuni si vuol ritenere un sacro diritto di ogni cittadino di essere curato dei suoi mali senza che da ciò danno alcuno gli derivi, senza essere esposto alle persecuzioni della legge. Ma a queste proteste molto è da opporre. Prima di tutto questo concetto così rigidamente inteso del segreto professionale in tesi generale, coll'evolversi dell'educazione e della vita dei popoli ha subito e va subendo delle modificazioni, delle restrizioni fino a che, credo, si arriverà, se non alla completa scomparsa, certo ad una accentuata restrizione di esso.

Quando si tratta di facilitare che un delitto sia messo in luce, non vi deve essere segreto professionale che tenga. Questa istituzione del segreto professionale mi pare abbia molto di simile a quello che un tempo ebbe vita: «il diritto di asilo». Io credo che a poco a poco, come fu di quello, anche questo sia destinato a sparire. Da qui ad un secolo forse parlare del segreto professionale rigidamente inteso sarà un anacronismo, come sarebbe ora il parlare del diritto di asilo. Quel «senza giusto motivo» dell'articolo di legge deve essere ben chiarito e limitato. Non può essere logico che il comodo, il diritto di uno possa essere di intralcio ad un beneficio di molti, e quindi già fin d'ora si vede netta la necessità della scomparsa di questa istituzione, massimamente quando essa possa essere in contrasto con disposizioni che tendono all'elevamento del bene sociale. *Salus populi suprema lex esto.* Ma quand'anche una limitazione del segreto professionale fosse giuridicamente una cosa grave, non per questo dovremmo trattenerci dal propugnarla quando il male che essa limitazione è chiamata a correggere è pure grave. Il rimedio deve essere proporzionato alla gravità del male, e l'estendersi della pratica dell'aborto criminoso non è un male che può essere curato, come suol dirsi, con pannicelli caldi. D'altra parte, vediamo già oggi che praticamente il segreto professionale è venuto subendo limitazioni ed eccezioni numerose. Così, per esempio, è ben noto che di qualunque lesione che abbia i caratteri di violenza in chi è ricoverato in luoghi pubblici, è fatta denuncia regolare all'autorità di pubblica sicurezza. E chi mai si sognerebbe di protestare contro un tal modo di agire? E se questo lo fa, e se questo è concesso, per non dire obbligato, a farlo il medico ospitaliero, non si comprende il perchè non sia fatto dal medico privato. Ed inoltre, per esempio, non è infrazione o soppressione del segreto professionale l'imporre alla levatrice che presenta

un infante al brefotrofio di denunciare anche il nome e perfino l'abitazione della madre? E questo si fa comunemente. Non è restrizione al concetto del segreto professionale l'obbligo che si fa alla gravida illegittima di denunziare le sue generalità al momento dell'ammissione nei reparti di Maternità? Se tutto questo costituisce eccezioni al segreto professionale, eccezioni che hanno già avuto la loro sanzione pratica, non meraviglierà che a queste se ne aggiunga una nuova, che molto più delle altre è giustificata: quella dell'obbligo alla levatrice di denunziare tutto il proprio operato. Che se invece si volesse considerare quei fatti prima enunciati non veri strappi o violazioni al diritto del segreto professionale, ma semplici atti interni o amministrativi che non sono in contrasto col diritto del segreto, non altrimenti dovrà essere considerato l'obbligo che fosse fatto alla levatrice di denunziare al pubblico ufficiale il suo operato. Del resto questa violazione del segreto professionale sarà più apparente che reale. Una volta che la legge imponga quest'obbligo alla levatrice, la cliente sarà conscia e già disposta a questa denuncia. Verrà implicitamente a cadere da sè quella specie di contratto che lega la levatrice alla cliente riguardante a questo proposito il segreto professionale. Nè si potrà dire che i diritti della cliente saranno per questo lesi. L'ammalata non si troverà nella circostanza di essere costretta a non farsi curare per poter salvaguardare il segreto del proprio stato, perchè le resterà sempre il medico a cui poter ricorrere. Altra considerazione che si impone è la seguente: le evenienze in cui la levatrice da sola può prestare l'opera sua ai clienti devano essere limitate. Alla levatrice (e questo è sommamente necessario che trovi più esplicite e chiare sanzioni nei regolamenti che dispongono e limitano l'opera della levatrice) deve essere riservata l'assistenza della gravidanza, parto e puerperio normale. Di qualunque fatto patologico durante e fuori della gravidanza, e precisamente e specialmente l'aborto, evenienza che è l'argomento di questo scritto, il trattamento, la cura esorbita dalle mansioni della levatrice. Pur troppo è una perniciosa accondiscendenza che si è andata diffondendo quella di permettere alla levatrice di prodigare, da sola, le sue cure ad una donna che sta abortendo, accondiscendenza che fu la causa dell'inizio e della diffusione delle pratiche abortive criminose da parte dell'ostetrica. *Questi e tutti gli altri casi di patologia debbono assolutamente esulare dalle mansioni della levatrice,* perchè, per il grado della sua istruzione, essa è incompetente. La levatrice che, se mai, assisterà la donna che abortisce, lo dovrà fare con il consenso, con la sorveglianza del medico. Ma resta inteso che la visita da parte del medico dovrà precedere quella della levatrice e, in riguardo al punto che stiamo trattando, in questo caso la denuncia della cliente potrà essere modificata nella forma.

Si potrà stabilire che la levatrice, in casi in cui presta l'opera sua sotto la guida o col consenso del medico, possa essere dispensata di segnare accanto al nome della cliente la causa per cui fu necessaria la sua presenza, cioè il fatto patologico; ma allora accanto al nome della cliente segnerà il nome del medico che permise l'opera della levatrice. Al medico poi saranno richieste eventuali spiegazioni. Cosicchè, in fatto d'aborto, qualora esso sia criminoso, non sarà più necessario l'assentimento e l'intervento di una sola persona, ma di due, di cui una per il suo grado di istruzione, di elevazione morale, deve essere ben conscia di tutta l'entità e della importanza dei suoi atti. Questa necessità della connivenza di due anzichè di una persona sola renderà certo meno facile il crimine. Il fatto stesso che nonostante il preciso divieto la levatrice presti da sola le sue cure in casi patologici, e che la paziente nonostante che sappia che la legge cerchi di impedire di ricorrere alla levatrice, ad essa vi ricorre egualmente anzichè ricorrere al medico, sarà indice che vi sono ragioni di tale entità, ragioni che si ha bisogno di nascondere, per cui scientemente, a costo di incorrere in pene, si viola la legge.

Ma poi vi sono i casi di gravidanza o parto normale che pur potranno essere assistiti dalla sola levatrice e richiedono tutto il rispetto del segreto, segreto che anzi, come dirò in seguito, è bene che sia più curato, più facilitato. In questi casi, senza essere in contraddizione con quanto prima proponevo, si potranno trovare forme tali per cui il segreto venga conservato. Così, p. es., alla levatrice che assiste un parto, sia esso legittimo o illegittimo, potrà essere concesso, anzichè di segnare nel suo libro di denuncie il nome, di limitarsi a segnare questa prestazione con un segno qualsiasi, ma a comprova del suo onesto operato aggiungerà la prova o indicazione della denuncia del nato fatta all'ufficiale dello stato civile.

Ma dopo tutto questo mi par di sentirmi obiettare: ma perchè questo privilegio della esenzione della denuncia deve essere fatto al medico in opposizione alla levatrice? Il perchè di questo privilegio è insito nelle constatazioni dei fatti, nelle premesse di queste mie consi-

derazioni e proposte. Il medico in tesi generale ha dimostrato di possedere un senso morale superiore a quello della levatrice, una istruzione che gli permette meglio che alle levatrici di rendersi conto della importanza e della entità dei suoi atti; è quindi naturale che ad esso sia riserbato di usare di questo privilegio di fronte alla levatrice, la quale per il minore e spesso deficiente grado d'istruzione non può comprendere tutto il valore del segreto professionale e spesso lo tradisce o se ne serve per nascondere le sue manovre delittuose. Il richiedere che dalla levatrice in genere sia compreso bene tutto il valore, tutta l'entità, tutta la santità, diremo così, del segreto professionale di cui ora ad essa è concessò di usare, mi pare sia come affidare la manutenzione di un delicatissimo apparecchio di fisica, p. es., alle cure di un contadino le cui rozze mani fino a ieri non hanno fatto che maneggiare la marra. In tal modo io quindi proporrei di invigilare l'operato delle levatrici, le quali sapendosi così sorvegliate, sapendo di esser messe nella condizione per cui ogni loro irregolare condotta può venire facilmente scoperta, dovranno di necessità limitare nei giusti termini l'esercizio della propria professione, e i casi di esercizio professionale in contrasto con la legge ed i regolamenti saranno ridotti a proporzioni minime. Non si pretenderà certo di vedere con ciò scomparire gli aborti criminosi, ma certo si assisterà ad una grande riduzione di essi. Altri provvedimenti tendenti a scopi anche più elevati concorreranno certo a portare miglioramenti in questo stato di cose, e prima di ogni altro la tanto invocata legge sulla ricerca della paternità. La donna che potrà confidare che il nato avrà un padre, sarà certo meno proclive ad abortire di quella che vedrà nel suo fallo, oltre al danno morale, uno stato di cose materiale che concorrerà a renderle più penosa la vita.

E a raggiungere l'intento che ci proponiamo, sarà da invocare anche che la gravidanza illegittima sia più protetta di quello che attualmente non sia. La gravida illegittima deve trovare più facilmente ricovero in appositi istituti, in qualsiasi epoca della gravidanza, senza passare attraverso a mille ostacoli burocratici, che per gretto concetto amministrativo ed economico delle amministrazioni di luoghi pii e comunali sono messi davanti alla donna, che, vergognosa del suo stato, implora pietà ed aiuto. Dovremo pure propugnare che sia resa più facile l'ammissione nei brefotrofi degli illegittimi senza che la donna sia obbligata a denunciare il suo nome. Deve essere esplicitamente fissato che sarà sufficiente l'assicurazione di chi ha assistito al parto riguardo allo stato civile della madre, nè la gesuitica scusa che si invoca da molte amministrazioni di brefotrofi, sulla necessità di conoscere la madre per premunirsi di eventuali contagi, può aver valore. Ben altri mezzi e più sicuri abbiamo oggi per la constatazione di congenite infezioni. Non dico, certo, di ritornare alla infamia della ruota, ma non è giusto di sottoporre la illegittima a vergognose confessioni, per evitare le quali, non infrequentemente, ella preferirà di farsi provocare l'aborto. Sarà molto più preferibile un illegittimo di più ad un crimine.

Prof. E. SANTI
direttore della Scuola d'ostetricia di Arezzo.
Arezzo, agosto 1918.

COMMENTI.

Trattamento delle lesioni cutanee da yprite con nitrato d'argento.

Capitano medico GAETANO VIALE
libero docente di fisiologia
presso la R. Università di Torino.

Il capitano medico G. Amantea ha proposto, nel n. 38 del *Policlinico* 1918, di curare le lesioni cutanee da yprite con soluzioni di nitrato di argento. Il trattamento con una soluzione al 3-5 % impedirebbe la comparsa delle vescicole caratteristiche se applicato precocemente, limiterebbe i fenomeni vescicatorî e ne abbrevierebbe il decorso se applicato 2-8 ore dopo il contatto dell'yprite con la cute.

Ho eseguito esperimenti di controllo unicamente su uomini, perchè la pelle di animali (cane, coniglio) presenta troppe divergenze istochimiche ed istologiche da quella umana, in modo da non permettere confronti ed induzioni terapeutiche. Si deponevano perciò goccioline di yprite su due parti analoghe dello stesso individuo: si avevano così eguali condizioni di sensibilità e di irrorazione sanguigna nella parte che veniva curata con nitrato d'argento e nella parte che serviva di controllo; e si veniva così anche ad escludere il fattore della reazione individuale.

Nel corso degli esperimenti mi sono però convinto che l'evoluzione e l'aspetto delle lesioni da yprite sono così caratteristici e si riproducono in modo così stereotipo nelle varie persone da poter astrarre dal fattore individuale.

Nei numerosi esperimenti fatti su di me e su soldati volenterosi ho rilevato quanto segue:

1° Effettivamente *in vitro* l'yprite viene denaturata dal nitrato d'argento, con la precipitazione di cloruro d'argento. Però la reazione avviene molto lentamente. Una miscela di yprite e di un eccesso di nitrato di argento, applicata sulla cute, determina, dopo alcune ore, una intensa reazione vescicatoria; soltanto se il contatto *in vitro* dell'yprite col sale di argento è stato abbastanza lungo (30'-40') la reazione si attenua; e infine si limita alla formazione di una piccola chiazza eritematosa che perdura qualche giorno. Perchè il filtrato della miscela yprite e nitrato d'argento ha ancora questo potere rubefacente, le ragioni possono essere duplici: o i prodotti (ancora ignoti) della reazione finale tra sale d'argento e solfuro di etile biclorurato non sono del tutto innocui, oppure non sono tali tutte le altre numerose sostanze che come impurità impartiscono lo speciale colore bruno al prodotto grezzo industriale detto yprite che si adopera in guerra.

2° Due lesioni da yprite, identiche per durata di azione e per regioni di applicazione, decorrono in modo poco diverso se una viene trattata dopo 1'-15'-2 ore con impacchi o frequenti pennellature di nitrato di argento e l'altra viene lasciata a sè. Dopo una o due ore compare una chiazza eritematosa contemporaneamente nelle due parti; così pure contemporanea è la comparsa di una zona centrale leggermente rilevata, pallida, edematosa, che corrisponde al luogo di applicazione della goccia di yprite. Dopo 10-14 ore attorno ai bordi di questa zona nell'alone eritematoso si forma una serie di bollicine disposte a corona, tendenti a confluire in un cercine unico che dà alla lesione l'aspetto di una vescicola ombelicata. Ma la formazione di queste vescicole è più precoce, più estesa, più numerosa nel lato trattato con nitrato d'argento; così pure da questa parte le bolle confluiscono più presto a formare una grossa flittena piena di liquido citrino.

3° Se due identiche lesioni da yprite vengono simultaneamente trattate l'una con pennellazioni di nitrato d'argento al 3% e l'altra con permanganato di potassio al 3%, il decorso è pressa poco identico; col permanganato la lesione ha un andamento un poco più torpido e guarisce più tardivamente.

4° Aperta la vescicola e determinatasi una piaghetta a fondo grigiastro, l'applicazione di nitrato d'argento accelera il processo di guarigione. In questo caso, come in tutte le ulcere, il sale d'argento agirebbe contro la torpidità della piaga.

Si consiglia in questo caso di aspirare con una siringa di Pravaz il liquido contenuto nella bolla ed iniettare quindi nella bolla la soluzione di nitrato d'argento.

Anche i tedeschi usano come cura delle piaghe da yprite una pomata al nitrato d'argento.

5° Il liquido contenuto nelle bolle non si è dimostrato in genere lesivo applicato su parte di cute sana. In qualche caso però, specialmente se estratto molto precocemente, ha determinato nei luoghi di applicazione la comparsa di macchie brune, di pigmento, che persistono a lungo. Ne deriva il consiglio pratico di estrarre precocemente il liquido delle flittene, evitando che si spanda nelle circostanti parti della pelle.

Il significato di queste ipercromie, che secondo Lustig dipendono o da accumuli dei cromatofori mobili del derma o da neoformazioni di melanine dal pigmento sanguigno, e molto probabilmente protettivo; infatti in un soldato molto biondo (quasi albino) le lesioni da yprite decorsero con un particolare carattere di gravità e di persistenza.

In conclusione:

Il trattamento precoce col nitrato d'argento non si è dimostrato favorevole nell'impedire o limitare le lesioni da yprite; si è invece dimostrato utile nella cura delle piaghe da yprite, accelerandone il processo di guarigione.

La divergenza tra il risultamento delle presenti indagini e quelle del capitano Amantea va forse attribuita ai diversi soggetti da esperimento: egli ha eseguito ricerche prevalentemente sulla pelle di animali, io sulla pelle dell'uomo, dove sono particolari modalità di innervazione e di circolazione che sono le determinanti dei fenomeni eritematosi e vescicatori.

***

Come esempio della peculiare azione dell'yprite ricorderò quanto è intervenuto a me stesso. Comparsa sull'avambraccio dopo l'applicazione di una gocciolina minutissima di yprite una zona eritematosa di forma triangolare, ho creduto opportuno bendarla per evitare lo strofinio degli abiti. Sfasciando, dopo alcune ore, ho veduto al lato della lesione primitiva una seconda lesione triangolare eguale per grandezza alla prima. Che cosa era successo? La garza sovrastante alla chiazza eritematosa si era spostata lateralmente; ed era bastato il contatto di questa garza, su cui si era condensata una quantità certamen-

te imponderabile di vapori di yprite emanati dalla zona lesa, per determinare la comparsa di una nuova lesione.

È bene perciò non fasciare in primo tempo le chiazze eritematose per non ostacolare la libera evaporazione dell'yprite dai tessuti all'aria.

***

Dopo il compimento delle presenti ricerche ho saputo dal capitano prof. Amantea che per ottenere buoni resultati è utile usare concentrazioni di nitrato d'argento più elevate di quelle da prima consigliate in soluzioni al 10-15 % e in casi particolari anche 20 %.

Sarò ben felice se potrò confermare in ulteriori ricerche i buoni resultati da lui ottenuti.

Zona di guerra, settembre 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Contributo clinico e sperimentale sulla febbre quintana.

(Dott. R. STRISOWER, *Münch. Mediz. Woch.*, n. 18, pag. 476, 1918).

Riproduzione sull'uomo con iniezione di sangue di malato. — Sono note precedenti ricerche di Werner, Benzler, Wiese (*Münch. Med. Woch.*, 1916, pag. 1369) e di Jungmann (*Deut. Med. Woch.*, 1917, pag. 362) sulla trasmissione della febbre quintana per mezzo di iniezione di sangue da malati a sani. L'A., addetto ad un ospedale per malattie infettive, ha avuto l'occasione di osservare venti casi di febbre quintana e la possibilità di sperimentare sulla trasmissibilità della malattia sia con inoculazioni di sangue, sia per mezzo di pidocchi, su persone civili, che spontaneamente si sono offerte allo esperimento.

Un gruppo di esperienze riguarda la trasmissione della malattia per mezzo di inoculazione di sangue di malato: un primo soggetto è inoculato con iniezione nelle regioni glutee di 7 cmc. di sangue di malato di quintana, prelevato al principio dell'accesso febbrile. Dopo dieci giorni dall'inoculazione, si ha modica e transitoria elevazione della temperatura (38°), che l'A. attribuisce all'introduzione di siero estraneo. Dopo 62 giorni sorsero sintomi che appartengono al quadro della forma clinica quintana: febbre alta (39°) improvvisa, cefalea, debolezza generale, dolori alle gambe, leucocitosi relativa (80 % di polinucleari neutrofili). Si abbassa la temperatura a 37°.5 durante la notte senza sudore, continuano i dolori ai ginocchi. L'esame delle urine dà notevole indacanuria. Al quinto giorno nuovo attacco febbrile con i medesimi caratteri, e ad esso segue una breve convalescenza.

In un secondo soggetto iniezione di 7 cmc. ½ di sangue, prelevati da un malato durante l'attacco. Modica febbre (37°.5) al 7° giorno, poi apiressia fino al 43° giorno dall'iniezione, giorno in cui insorge un primo tipico accesso, che al quinto giorno è seguito da un secondo pure esso tipico. Questo secondo accesso scompare lentamente, e per tre settimane la temperatura presenta solo lievi rialzi irregolari, persistono dolori reumatoidi e dopo 4 settimane la guarigione è completa. Tale quadro della malattia sperimentalmente provocata, che devia dal tipo ordinario, ha il suo corrispondente in non pochi casi di malattia naturale. Di altri quattro soggetti nei quali l'esperimento è stato ripetuto, due furono perduti di vista dall'A., dopo due mesi; in uno la prova fu negativa; nel quarto si manifestò il primo accesso febbrile dopo 23 giorni, ma non fu seguito da altri accessi e dopo una settimana la guarigione era completa. In totale sui quattro casi nei quali l'osservazione fu prolungata, in due si riuscì a trasmettere tipicamente la malattia, in uno il risultato fu dubbio, in uno fallì completamente.

Assicurata la possibilità di trasmettere la malattia per mezzo delle inoculazioni di sangue, l'A. ritiene verosimile la trasmissione per mezzo di insetti ematofagi. Per la stagione (inverno), durante la quale la malattia era stata osservata, si potevano escludere alcuni insetti che durante l'inverno non vivono (zanzare), e, data anche l'abbondanza di pidocchi tra i soldati, il sospetto che essi potessero essere gli agenti vettori della malattia era più che giustificato.

L'esperienza fu così organizzata: 10-20 pidocchi, di provenienza non pregiudicata, sono affamati per una giornata e poi, per mezzo di gabbie tipo Sikora, sono lasciati sul corpo di malati di quintana. Dopo 12-48 ore furono applicati su soggetti, che spontaneamente si offrirono alla prova.

In un primo soggetto, dopo 34 giorni dalla applicazione dei pidocchi insorge un tipico attacco, con la coorte dei sintomi, la temperatura ha poi lievi oscillazioni e si rialza in un secondo tipico attacco al quinto giorno; urine e leucocitosi relativa polinucleare confermano il concetto diagnostico.

In un secondo caso l'incubazione è di soli 16 giorni e la malattia si inizia con una angina

erpetica, fatto non raro osservato nei malati anche da Buelbinder.

Due altri tentativi di trasmissione sperimentale riuscirono negativi.

Dalle esperienze il periodo di incubazione della malattia risulta variabile da un massimo di 60 giorni ad un minimo di 2 settimane. Werner con la inoculazione di sangue trovò un periodo di 20 giorni, e con la trasmissione per mezzo dei pidocchi 60 giorni; Fungmann trovò una incubazione di 27 giorni.

Trasmissione agli animali della febbre quintana. — Alle inoculazioni di sangue di malati si mostrano poco recettivi sia i conigli che le cavie: qualche volta reagiscono con febbre. Recettività squisita mostrano invece i gatti e i topi bianchi. Di 6 gatti inoculati, 5 morirono, e la sintomatologia è sempre quasi uguale e caratteristica.

Dopo una incubazione di 7-14-43 giorni compare disappetenza e quindi sopravvengono convulsioni che di giorno in giorno si aggravano. Il tipo delle convulsioni è dato dallo spasmo tetanico; la temperatura è elevata, il treno posteriore è colpito da paralisi e quindi sopravviene ipotermia e morte dell'animale, dopo un breve periodo di malattia (3-5 giorni).

La malattia è trasmissibile oltre che da uomo malato ad animale sano, da animale ammalato ad animale sano. Sia nel primo caso che nel secondo l'animale può ristabilirsi dopo una malattia della durata di una settimana.

Infine se gatti sani convivono nella stessa gabbia con gatti inoculati, possono contrarre la malattia, ma l'A. non analizza i mezzi di trasmissione.

Anche nei topi bianchi si può trasmettere la malattia, sebbene con minore costanza: il pelo si arruffa, i movimenti divengono torpidi, compare paralisi del treno posteriore.

Clinica della febbre quintana. — La diagnosi in genere della febbre quintana non offre difficoltà per il caratteristico periodo di tregua che intercorre tra un accesso e l'altro febbrile. L'accesso febbrile si accompagna a dolori in corrispondenza delle regioni tibiali; ma se è facile riconoscere i casi tipici, difficile riesce identificare quelli con decorso atipico. Talora ad es. la malattia comincia con qualche tipico accesso febbrile, poi la febbre diviene irregolare, il dolore tibiale si estende alle articolazioni e alle ossa, assume carattere di dolore vagante. In tali casi la trasmissione e la riproduzione della forma clinica negli animali (gatto, topo bianco), può essere un criterio discriminativo.

La convalescenza suole essere stentata; dopo 4-6 settimane però d'ordinario i malati possono essere dimessi dall'ospedale. Durata più lunga ha naturalmente la convalescenza in quei casi in cui la malattia non si limita a pochi classici accessi, ma è ricca di ricadute spesso atipiche.

Secondo l'A. i reperti del sangue e delle urine possono essere di aiuto nella diagnosi dei casi atipici: modica leucocitosi durante l'accesso, e modificazione della formula leucocitaria, con prevalenza di polinucleari (fino al 90 %).

Nel periodo intervallare talora persiste una modica leucocitosi, ma la formula si modifica a vantaggio degli elementi mononucleari e specialmente dei linfociti (fino al 50 %). Si riscontra tra i mononucleari un aumento dei grandi mononucleari, come si verifica nella infezione malarica. Se la febbre diviene irregolare predomina la caratteristica delle mononucleosi.

Nei primi attacchi non è raro trovare nel sangue dei megacariociti, come testimoni di un eccitamento del midollo osseo.

Nelle urine non si può constatare mai quantità notevole di urobilina (al contrario di quanto è dato vedere nella malaria), nè compare mai albuminuria. L'esame rivela invece notevole quantità di indacano durante l'attacco e spesso qualche giorno dopo.

Ogni tentativo di cultura del sangue è fallito.

I tentativi terapeutici con rimedi come la chinina, l'arsenico, il salvarsan sono rimasti senza risultato; gli accessi febbrili e i dolori furono trattati rispettivamente con gli antipiretici e con l'aria calda. *t. p.*

OTOLOGIA.

La diagnosi dell'otorrea tubercolare.

(M. LERMOYEZ. *La Presse médicale*, 1917, n. 42).

La tubercolosi dell'orecchio medio deve essere più frequente di quanto non appaia, spesso è misconosciuta.

L'A. vuole bene assodate queste due proposizioni:

a) ogni tisico non ha di necessità un'otorrea tubercolare; almeno il 40 % delle otorree nei tubercolosi polmonari non sono da B. di Koch;

b) ogni otorrea tubercolare non evolve di necessità in un tisico, ma può aversi, con l'aspetto di una banale otorrea osteomielitica, in un individuo di ottimo *habitus*. Può anche guarire e non essere neppure sospettata.

Certo sono eloquenti le cifre delle statistiche.

le quali (escludendo i casi di otorrea preagonica dei tisici) mostrano:

1° la proporzione di 10 otorree tubercolari contro 90 otorree osteomielitiche;

2° la bilateralità delle lesioni nel 20 % delle otorree tubercolari;

3° la frequenza dell'otorrea tubercolare nell'infanzia (3/4 dei casi);

4° la prevalenza nell'adulto di questa forma nell'uomo, colpito quattro volte più spesso della donna. La guerra, che ha intensificato lo svolgimento della malattia, certo aumenterà i casi di forme auricolari specifiche.

L'orecchio medio si infetta secondariamente ad altri organi per diverso tramite: ma quasi senza importanza pratica sono la *via sanguigna* e la *via cutanea* (lupus del padiglione), mentre quella d'ordinario battuta è la *via tubarica.* Quando si trovano simultaneamente delle lesioni tubercolari nell'orecchio e nel naso, si può affermare che l'inizio si ebbe nel secondo.

L'ampiezza abnorme della tuba nei tisici, in cui il dimagramento ha soppresso il cuscinetto adiposo che attornia il padiglione della tuba, facilita l'ingresso ai bacilli mediante la tosse. Talora il padiglione stesso è ostruito da vegetazioni adenoidi tubercolari. Nella maggior parte dei casi il processo della tubercolosi ascendente tubaria si riduce al meccanismo della propagazione per continuità mucosa e sottomucosa.

All'inizio la tub. auricolare è sempre *aperta,* poichè la tuba mantiene la comunicazione del focolaio otitico con gli spazi aerei; tuttavia essa si aggrava quando la membrana timpanica si perfora, penetrando nella cassa nuovi germi piogeni banali, che potranno dare complicanze settiche intracraniche.

Clinicamente queste infezioni aggiunte possono dare un'*evoluzione galoppante* (come un morbillo rende rapidissimo lo svolgersi di una forma tubercolare lenta), un'*evoluzione parossistica,* a tappe, per l'esaltarsi e attenuarsi della virulenza dei piogeni, un'*evoluzione torpida,* progressiva, che porta, come fatto terminale, a una meningite purulenta (è raro che la tub. dell'orecchio dia tubercolosi delle meningi).

La tubercolosi della rocca può assumere diversi tipi clinici: una *forma latente* che appare talora bruscamente, come una mastoidite acuta, che richiede la stessa cura; la *forma patente,* che si manifesta con l'otorrea profusa degli ultimi stadî della tisi; una *forma frusta,* che talora si diagnostica dopo una operazione radicale, che non volge mai a guarigione.

Per la diagnosi abbiamo dei *segni di probabilità* ed altri *di certezza.* Fra i primi ricordiamo l'*inizio insidioso,* senza alcuna reazione, quasi subdolamente si ha l'otorrea; la *sordità paradossale,* chè sovente il disturbo subiettivo è molto più grave delle lesioni apparenti all'otoscopio, talora la sordità varia d'intensità; sovente si ha *paralisi del facciale;* le *fungosità pallide* della cassa, grigiastre, dure, che resistono alla pressione dello specillo, questo le esplora senza provocare dolore, ma non raggiunge il piano osseo; la *carie bianca,* necrosi profonda e grave dell'osso, seguita da una fistola discreta e dall'emissione di un sequestro, talora da porzione del labirinto non acustico.

Fra i sintomi di certezza abbiamo delle ricerche di laboratorio. La *ricerca del B. di Koch* nel pus dell'otorrea è un processo di diagnosi rapida, ma infedele. Un esito negativo non permette di escludere la tubercolosi; d'altro canto bisogna diffidare dei germi acido-resistenti, abbondanti nel pus delle vecchie otorree osteomielitiche.

La *biopsia* permette una diagnosi rapida e sicura, sottoponendo ad esame una di quelle vegetazioni dure e pallide, che fanno sospettare l'otorrea tubercolare; in tal caso non dobbiamo fermarci alla constatazione delle cellule giganti, che appaiono sovente nei processi cronici auricolari, per stimoli molteplici. In qualche caso è bene esaminare le schegge d'osso morto, in cui troveremo delle erosioni lacunari, contenenti delle cellule giganti attorniate da elementi epitelioidi.

L'inoculazione di frammenti nel peritoneo della cavia ha l'inconveniente di dover attendere la risposta circa due mesi. Si può, per affrettarla, usare un metodo proposto per i sedimenti urinari: contundere i gangli inguinali della cavia, iniettare la posa delle secrezioni auricolari centrifugate sotto la cute del territorio linfatico afferente; estirpare questi gangli dopo 3 settimane, ricercare le loro lesioni caseose. Per sollecitare si può anche, verso il 9° giorno, iniettare nell'animale 3 millesimi di mmgr. di tubercolina, donde un gonfiore caratteristico dei gangli tubercolizzati.

Non abbiamo finora accennato alla *reazione alla tubercolina,* perchè la prova indiretta, con la *cutireazione* usuale non ha che scarsissimo valore; e quella *diretta,* mediante l'iniezione sottocutanea, provoca una reazione locale (aumento della secrezione purulenta, congestione della cassa e del condotto, essudato fibrinoide sul promontorio), pericolosa per le complicanze gravi a cui può portare, come paralisi del facciale, fatti labirintici, meningite.

G. Bilancioni.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La diagnosi clinica di alcuni casi rari di aneurisma aortico.

La diagnosi clinica degli aneurismi dell'aorta addominale spesso è più difficile finchè la saccoccia aneurismatica è chiusa, che non quando si è rotta. Allora può seguire la morte immediata, ma spesso i pazienti possono sopravvivere alla rottura alcuni giorni, per la difficoltà che il sangue trova nell'aprirsi un varco pei tessuti retroperitoneali, e per la formazione di false pareti vasali.

Prendendo le mosse da tre osservazioni originali, in cui i pazienti hanno sopravissuto alla rottura da 11 a 20 giorni, Di Pietro (*Riv. critica di Clin. med.*, n. 22, 1918) richiama l'attenzione su queste forme.

La raccolta sanguigna retroperitoneale ricorda spesso e molto davvicino quella dell'idronefrosi, da cui si può differenziare con un poco di sagace attenzione: 1° per i caratteri del dolore, che esplode con esacerbazione acutissima, accompagnato con senso di lacerazione locale, e che assume andamento diffusivo, guadagnando tutto l'arto inferiore; 2° per tutti i sintomi generali di un forte versamento emorragico interno, e per la suffusione emorragica cutanea locale, più viva dove, attraverso interstizi muscolari o canali fisiologici, il sangue meglio affiora (triangolo del Petit, sbocco del canale inguinale); 3° i segni aneurismatici diretti, spesso la pulsazione lombare e addominale, che però possono scomparire quando il vaso, rottosi, si circonda di altri coaguli; 4° i segni aneurismatici indiretti, quali presenza di altri aneurismi aortici dimostrabili e ritardo del polso femorale sul radiale.

L'A. ha studiato anche gli aneurismi dell'aorta toracica discendente, che possono conservare un'indefinita latenza clinica, anche se di grande volume.

Una lesione utile per il *depistage*, ad essi concomitante, è la pleurite, subdola nell'inizio, accompagnantesi con molti mesi di dolore, lentissima, quasi sempre afebbrile, associata ad uno spiccato *cornage* e ad un decubito obbligato sul lato malato. Questa pleurite reattiva secondaria ad aneurisma aortico ha segni fisici peculiari abbastanza. La grande estensione dell'ottusità non concorda colla piccola raccolta liquida nè col mancato spostamento del cuore e colla quasi integrità dello spazio di Traube, nè si modifica proporzionalmente alla estrazione eventuale di liquido. Pensare in questi casi ad un aneurisma o ad un tumore.

La toracentesi, da eseguirsi solo se imposta dai disturbi funzionali, va preceduta da puntura esplorativa con ago sottilissimo e deve essere assai parca: possibilmente farla seguire da insufflazione endopleurica di gas. Questa, come anche il liquido, tiene a freno la saccoccia aneurismatica.

Risalendo ancora, l'A. ricorda gli aneurismi dell'aorta ascendente apertisi nella vena cava. Ancor essi, oltre che rari, sono spesso oscuri; ma, ove alla loro possibilità si pensi, non riescono di troppo difficile diagnosi. Avvenuta bruscamente la perforazione dell'aorta nella cava superiore, si arresta quasi di botto la circolazione del sangue venoso nella metà superiore del corpo, donde una rapida cianosi intensa, compagna di forte edema e di turgore notevolissimi delle vene fino all'altezza dell'ombelico. Il disturbo circolatorio viene sopratutto risentito dal cervello, dove si possono manifestare turbe così gravi encefalo-bulbari, da aversi alcune volte, in poche ore, la morte. Per il vietato scarico dell'azigos compare un rapido versamento pleurico destro.

Fra i segni diretti vanno ricordati il fremito sistolico e il rumore rude ascoltatorio sul focolaio di rottura, e la pulsazione sistolica delle vene del collo, la quale può mancare o per trombosi delle sovrastanti sezioni della cava e dei suoi rami affluenti, o per la forte tensione intravenosa nel collo, da rendere intrasmissibile il risalire dell'onda sistolica, e dalla troppo debole forza cardiaca.

G. SABATINI.

L'obliterazione della vena cava superiore.

R. Favre (*Revue Médic. de la Suisse Romande*, febbr. 1918) riporta quattro casi d'obliterazione della vena cava superiore per tromboflebite d'origine sifilitica. L'infiammazione cronica del vaso, che porta alla trombosi, può essere primitiva della vena, o propagata da una lesione delle ossa vicine. L'esistenza d'una affezione primitiva della vena può affermarsi solo dopo avere escluso la presenza d'una lesione ossea specifica.

L'A. trova delle analogie e delle differenze tra i suoi resultati e la descrizione dei reperti istologici dell'Hoffmann a proposito della sifilide secondaria delle vene periferiche. Le cellule giganti nei reperti dell'A. sono state rinvenute solo in una gomma perivenosa; ma si

sa che le cellule giganti non sono assolutamente patognomoniche del processo sifilitico.

La sintomatologia clinica è l'espressione dei disturbi circolatorî dovuti alla chiusura dell'importante tronco venoso: stasi venosa nella metà superiore del corpo, con tutte le sue conseguenze, e circolo collaterale di compenso più o meno manifesto. Dallo stabilirsi o meno del circolo collaterale anzi dipende la prognosi più o meno favorevole.

La cura specifica energica deve essere subito istituita in ogni caso di mediastinite sifilitica con sintomatologia della chiusura della cava superiore.

Naturalmente a conferma della diagnosi sono da utilizzare, oltre all'esame fisico, l'esame radiologico e le reazioni serologiche del sangue e del *liquor*. *t. p.*

TERAPIA.

L'azione dell'adrenalina sugli apparati cardio-vascolare e gastro-intestinale.

È noto che l'adrenalina determina forte costrizione vasale, che diminuisce il calibro di tutti i vasi, specialmente dei capillari, aumentando considerevolmente la pressione arteriosa. Questa proprietà ipertensiva non è specifica dell'adrenalina, ma è posseduta anche da alcuni alcaloidi, sebbene in grado molto minore. Alle proprietà ipertensive delle capsule surrenali si contrappongono però anche azioni diametralmente opposte delle stesse. Questi fatti apparentemente contraddittorî sono stati spiegati annettendo una grande importanza alla questione della dose. L'adrenalina, cioè, sarebbe vasodilatatrice a dose molto debole; a dose molto forte essa rallenta in grado considerevole la circolazione sanguigna polmonare, per forte costrizione dei rispettivi vasi.

Le capsule surrenali possono avere anche una ripercussione sulle funzioni dell'apparato gastro-intestinale. Sono anzitutto noti i disturbi digestivi nell'insufficienza surrenale, la formazione di ulcere gastriche nella surrenalectomia sperimentale; è stata inoltre richiamata l'attenzione sopra un varietà di dispepsia, in rapporto con l'insufficienza surrenale, caratterizzata da manifestazioni di ordine atonico e coprostatico, che cedono alla medicazione adrenalinica.

L'adrenalina determina nei vasi dell'apparato digerente, come in quelli di altri visceri, una vasocostrizione manifesta, fatta eccezione per quelli delle labbra, le quali arrossano sotto l'influenza dell'adrenalina. Si comprendono, quindi, i buoni effetti ottenuti con adrenalina nel trattameno delle ematemesi, delle emorragie intestinali, degli attacchi emorroidarî. Però, se la quantità di sangue affluente dall'arteria diminuisce sotto l'azione dell'adrenalina, aumenta pure considerevolmente la tensione arteriosa, ciò che può, in certi casi, divenire una causa importante che favorisce l'emorragia.

Anche sullo stomaco l'adrenalina esercita la sua azione, eccitando la secrezione gastrica ed aumentando la quantità di acido cloridrico libero. Ma sopratutto importante è l'azione dell'adrenalina sul tubo gastro-intestinale; anche qui si ripete il fatto osservato per l'apparato cardio-vascolare, che, cioè, a dose molto debole provoca l'inibizione delle contrazioni, mentre a dose più forte esercita un'azione dinamica. Fatto interessante, poi, è che il tubo gastro-intestinale è sensibile a dosi insufficienti per modificare la pressione arteriosa.

La via d'introduzione dell'adrenalina è tutt'altro che indifferente: questa non è alterata nè dalla pepsina, nè dalla tripsina, nè dal passaggio a traverso i capillari intestinali. È invece il fegato che l'arresta, diminuendo la sua azione sfigmogenica, sicchè essa perde la sua tossicità quando viene ingerita; lo dimostra anche il fatto di un recente tentativo di suicidio con 35 grammi della soluzione all'1 ‰, rimasto senza risultato. Invece per via rettale l'adrenalina rimane tossica a dosi affatto simili a quelle che sono mortali per iniezione ipodermica: ciò probabilmente per le ricche anastomosi delle vene emorroidarie, per cui l'adrenalina può arrivare direttamente al sistema della cava. (BINET. *Presse médicale*, 1917, n. 19, e 1918, n. 44). FIL.

L'anestesia spinale in ginecologia.

Naguib Mahfouz (*Lancet*, 3 agosto 1918) riporta le sue osservazioni su 1891 operazioni ginecologiche, di cui 473 addominali, eseguite con la rachistorrainizzazione. La durata dell'anestesia è stata sufficiente per tutte le operazioni che abbisognavano meno di 90 minuti; solamente in casi di carcinoma è stato talora necessario il cloroformio per terminare l'operazione.

L'analgesia si considerava completa quando i muscoli addominali erano completamente rilasciati, e la paziente asseriva di non avvertire più alcun dolore.

L'A. nota che in 3 casi non fu possibile raggiungere il canale, in 20 non si ebbe affatto analgesia, probabilmente per difetto del preparato, in 15 casi si ebbe solo analgesia parziale, che fu poi completata con poche gocce di

cloroformio. Non fu osservato alcun caso di morte.

Andamento dell'analgesia. — Le sensazioni perineali sono abolite immediatamente dopo l'iniezione; dopo 3-5 minuti (raramente dopo 8-10) l'anestesia si estende alla regione ombelicale se l'iniezione è stata fatta al quarto spazio lombare, ed all'appendice ensiforme se è stata fatta al terzo. In qualche caso è rimasta per un po' di tempo la sensibilità al calore, dopo lo stabilirsi dell'analgesia.

Sintomi concomitanti. — La nausea si è verificata nel 2 %; il vomito nel 3 %, durato però non più di un minuto. In pochi casi rilasciamento dello sfintere con incontinenza fecale. Raramente segni di depressione, come pallore del viso, traspirazione, generalmente non impressionanti. Il polso è stato in parecchi casi più forte alla fine dell'operazione che all'inizio.

Sintomi postoperatori. — Nell'1 % circa una modica cefalea, che cedeva facilmente al trattamento; aumento di temperatura (1° o 2°) al secondo o terzo giorno dall'operazione. Assente sempre il vomito postoperatorio, ed i fenomeni paralitici, permanenti o transitorii.

Tecnica. — È stata usata la stovaina, in fialette contenenti 2 cmc. circa della seguente soluzione: borato di epirenina gr. 0.00013, stovaina 0.04, cloruro di sodio 0.0022, acqua distillata q. b. per 1 cmc.

Veniva iniettata tutta la dose sia per le piccole che per le grandi operazioni. L'iniezione di solo 3/4 della fialetta non era sufficiente, salvo forse per la colporrafia, in cui una mezza dose può bastare.

L'A. ha usato anche la formola seguente: cloruro di sodio gr. 0.0011, stovaina 0.04, acqua distillata cmc. 1. Si discioglie il cloruro di sodio nell'acqua e si passa la soluzione in autoclave per 15 minuti, lasciando poi raffreddare. Si discioglie la stovaina, filtrando a traverso un filtro sterilizzato. Si scalda poi a bagnomaria a 80°-90° per 10 minuti, chiudendo in fialette già sterilizzate. Tutto il processo va compiuto in condizioni di antisepsi, poichè la stovaina non sopporta la sterilizzazione.

La puntura va fatta ad altezze differenti, secondo l'operazione da eseguirsi: per quelle addominali si sceglie il terzo od eventualmente il secondo spazio lombare; per la dilatazione del collo, il terzo; mentre, per le operazioni vaginali o perineali, basta il quarto spazio. La paziente rivece l'iniezione in posizione seduta con il dorso curvo, poi si fa coricare supina con le spalle rialzate da un cuscino. Uno schermo collocato all'appendice ensiforme impedisce alla paziente di seguire l'atto operatorio.

I. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

POLICARD A. *L'évolution de la plaie de guerre.* Un vol. in-16° di pag. 191 con figure e tavole fuori testo. — Masson et C.ie, ed., Parigi. Prezzo L. 4.

Questo libro è il risultato di ricerche scientifiche continuate per oltre due anni, in vicinanza delle prime linee. Esso studia l'evoluzione biologica della ferita di guerra nelle parti molli, del meccanismo traumatizzante alla cicatrizzazione. L'importanza dei microrganismi, le funzioni dei leucociti, il decorso del processo normale con cui si chiude la ferita, e del processo gangrenoso sono messi in piena luce. Poche considerazioni teoriche, punte citazioni bibliografiche, ma molti fatti osservati, disposti in ordine logico, per cui dal libro balzano spontanee le idee direttrici. Nè l'importanza di queste osservazioni è da ritenersi teorica, è proprio da essa che il chirurgo deve trarre le sue conclusioni per il trattamento delle ferite di guerra. Basti pensare alla sutura secondaria di queste, che, instituita dall'A. stesso, con una tecnica razionale, realizza la ricostituzione anatomica dei tegumenti e dei piani sottostanti.

ini.

F. PEDRAZZINI. *Commozione cerebro-spinale.* — Manuale Hoepli. — Prezzo L. 3.50.

In questo manuale è trattata la patogenesi delle lesioni traumatiche indiretta o commozionali del cervello e del midollo sulle basi delle leggi fisiche e della costituzione anatomica dell'involucro osteo-cranio-rachidico e del suo contenuto.

È uno studio anatomico, clinico e sperimentale molto chiaro di un argomento che oggi interessa la quasi generalità dei medici.

a. a.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(996) Al dott. I. N. da B.:

A. MURRI: *Lezioni di clinica medica.* Milano, 1908.

G. B. QUEIROLO: *Lezioni di clinica medica.* Pisa, 1916.

R. CABOT: *Diagnosi differenziale sulla base di 385 casi morbosi.* Milano, 1916.

R. B.

(997) Al dott. C. S. da O.:

Può prendere due ottimi libri di microscopia clinica, il DADDI: *Manuale pratico di ricerche cliniche*, oppure il SILVESTRINI.

t. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'epidemia di influenza e la Croce Rossa.

Ad ogni tappa della dolorosa e lunga *via crucis* della guerra abbiamo registrata con soddisfazione ed anche con orgoglio la nostra invincibilità in fatto di epidemie. Insidiati da ogni parte ed in tutti i modi, abbiamo saputo e potuto opporre alla invasione dei morbi, che costituiscono quasi l'appannaggio fatale della guerra, una solida barriera. Non è dubbio che la fortuna ci ha assistiti, ma non possiamo negare che i mezzi impiegati per la profilassi delle malattie infettive sono stati tanti e tali da non lasciare alcun dubbio sulla loro efficacia.

Tuttavia dopo quattro anni di guerra, e mentre l'orizzonte cominciava a tingersi di tinte rosee precorritrici di uno splendido meriggio, il mondo intero è stato colpito da una pandemia, per la quale ogni mezzo di profilassi pubblica è vano e perfino ogni difesa personale appare inutile. Una epidemia di tal fatta, che non pare direttamente legata da rapporti causali con la guerra tanto che si manifestò dapprima nei paesi neutrali, era quella che meno ci potevamo attendere e che anche prevista non potevamo prevenire perchè impotenti a difenderci da essa.

Affermare quindi che il paese non è stato ben difeso dalla invasione di questo male è stoltezza.

Tuttavia non si può fare a meno di riconoscere che in fatto di assistenza sanitaria in caso di epidemie, noi siamo male o non siamo affatto preparati. L'influenza ha con la triste esperienza dei fatti insegnato che esistono malattie diffusive contro cui son vane le misure di profilassi. Ma anche per quelle di cui noi conosciamo l'etiologia, la patogenesi, i mezzi di profilassi efficaci e già sperimentati non possiamo cullarci in una sicurezza ed in un ottimismo che potrebbero riescire fatali. Le disillusioni che abbiamo subìte in fatto di malaria ci devono fare guardinghi e prudenti. Per essere a posto chi dirige la sanità pubblica deve tener conto anche di un elemento che sfugge a tutte le constatazioni ed a tutte le previsioni. Il buon generale anche quando è sicuro della vittoria per la superiorità delle posizioni, delle armi e dei soldati è sempre preoccupato, perchè l'esito di una battaglia oltre che da tutti i fattori certi e prevedibili è determinato da qualchè cosa di indefinibile, che è chiamata la fortuna. A questa Napoleone attribuiva gran valore, tanto che spesso sceglieva i suoi generali non tra i più intelligenti ma tra i più fortunati. E la fortuna, dobbiamo riconoscerlo, può molto anche in materia di profilassi pubblica. L'Italia si è validamente ed efficacemente difesa da terribili epidemie durante tutta la guerra, ed infine, insieme alle altre nazioni, è stata colpita insospettatamente da un flagello, contro il quale ogni difesa è vana, e non è detto che domani possa esser preda di altri mali, contro i quali sono puranco in atto poderosi strumenti di difesa.

Occorre quindi essere pronti e preparati adesso come per eventuali altri mali perchè l'assistenza sanitaria non manchi e sia bene predisposta.

Dalle colonne di questo giornale è stato parecchie volte dato il grido di allarme per la deficienza dell'assistenza sanitaria civile, determinata dal richiamo alle armi di quasi tutti i medici. Non è un segreto per nessuno che gli ospedali civili difettavano di medici, che Comuni piccoli e grossi sono rimasti per mesi e mesi privi di medici, ed ancora senza medico erano fino a poc'anzi quando già la morte bussava con passo affrettato di porta in porta.

Per assicurare l'assistenza civile già prima che scoppiasse la epidemia furono adottati una serie di provvedimenti, che però, per ragioni che non è qui il caso di esaminare, non dettero tutti quei frutti che si speravano e che erano necessari.

Sotto l'assillo delle necessità urgenti sono stati presi nuovi provvedimenti che provano che la Direzione generale di Sanità militare ha una esatta comprensione della situazione e dànno una bella prova della elasticità dell'organismo sanitario militare. Dalla zona di guerra sono stati dislocati nel paese circa un migliaio di ufficiali medici, e sono state date istruzioni perchè l'opera loro sia convenientemente sfruttata perchè dia il massimo rendimento munendoli di mezzi di trasporto abbondanti e rapidi.

Come ognun vede si tratta di un provvedimento dettato da necessità urgenti, ma non scevro di inconvenienti in un momento nel quale anche il fronte richiede l'opera di medici.

Dai danni e dagli inconvenienti di oggi dobbiamo trarre gli opportuni insegnamenti per una regolare sistemazione dell'assistenza sanitaria civile per la eventualità di nuovi flagelli.

Il nostro paese deve poter disporre di una organizzazione sanitaria sulla quale poter fare assegnamento in ogni momento, sia in casi di epidemia come in casi di disastri pubblici.

A questi bisogni straordinari, improvvisi e, purtroppo non raramente, grandiosi, sarebbe opportuno fossero esonerati dal provvedere la Direzione di Sanità pubblica e la Direzione di Sanità militare.

La Croce Rossa è la istituzione che per le sue stesse finalità, per la sua organizzazione, per i mezzi di cui dispone, quando questi siano sufficientemente incrementati, può assolvere questa complessa funzione.

Essa dovrà tenere pronti non solo medici, ma le medicine e i farmacisti che le preparino, gli infermieri che assistano gli ammalati e disimpegnino in parte i medici. Insomma la Croce Rossa col suo personale disciplinato ed istruito, con tutti i mezzi di cui dispone, può fare un servizio organico, sistematicamente, uniformemente, con enorme risparmio di energie e di materiale e con risultati veramente notevoli.

La Croce Rossa deve assumersi questo compito fin d'ora Anche senza cullarsi nel sogno della pace universale ed eterna, è certo che di nuove guerre non si parlerà per molto tempo. La Croce Rossa dovrà quindi indirizzarsi ad opere di pace. Essa deve essere una istituzione atta a fronteggiare le eventuali necessità in casi di disastri e di epidemie, che purtroppo funestano frequentemente il nostro paese. Cominciare fin da ora non sarebbe male: tanto più che ai bisogni di guerra può ora sufficientemente provvedere la Sanità militare. I duplicati non sono sempre necessari, non sono certo utili quando c'è da fare per tutti in campi diversi.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla destinazione di ufficiali medici al servizio civile. — A proposito del recente richiamo del personale sanitario degli ospedali di guerra per i bisogni del servizio civile, ci si permetta far notare che non è stata fatta alcuna distinzione fra medici e chirurgi propriamente detti. Così che in questi giorni si sono veduti dei chirurgi — docenti, aiuti di clinica, aiuti di ospedale — inviati in provincia a curare la grippe.

Nulla ci sarebbe da ridire, se i bisogni dell'assistenza civile imponessero veramente questa misura. Non siamo però arrivati a tal punto; tanto è vero che molti nostri colleghi, diciamo così, generici, hanno preso il posto dei chirurgi, inviati a curare l'influenza, e che in questi momenti avrebbero un posto assai più indicato al fronte.

Oseremmo sperare che a questo processo ingiustificato di sdifferenziazione le competenti autorità portassero il rimedio adatto.

Un abbonato.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 17 ottobre si riuniva in Roma il Consiglio Superiore di Sanità, convocato in Sessione plenaria straordinaria.

Presiedeva il vice-presidente senatore prof. Marchiafava.

Il Direttore generale della Sanità pubblica riferì SULL'ATTUALE PANDEMIA DOMINANTE NEL PAESE. Egli lesse al riguardo l'ampia e documentata relazione da noi riportata integralmente nel fascicolo scorso.

Ne seguì un'ampia discussione alla quale presero parte il presidente ed i consiglieri gen. Rho, professori Foà, Simonetta, Gualducci, Paternò, Lanfranchi, Badaloni, e che fu riassunta nel seguente ordine del giorno deliberato dal Consiglio:

«Il Consiglio:

udita la relazione del Direttore generale della Sanità pubblica;

esaminati gli elementi completi offerti al proprio giudizio intorno alla comparsa, alla diffusione, alla entità della malattia nelle varie sue forme, alle ricerche scientifiche compiute ed a quelle tuttora in corso sulle cause della medesima;

dopo ampia discussione;

afferma che l'attuale forma epidemica altro non è che influenza, identica a quella che già infierì, e fu felicemente superata, negli anni 1889-90, anche oggi come allora diffusa in quasi tutte le contrade del mondo: nessun motivo quindi di particolare preoccupazione avrebbe oggi ragione di esistere più che allora non fosse;

approva l'indirizzo profilattico tracciato nelle circolari 22 agosto 1918, n. 26125, e 15 ottobre 1918, n. 33687, del Ministro dell'interno ai Prefetti del Regno;

prende atto della vasta azione integratrice esplicata dal Governo nel campo dell'assistenza

medica, farmaceutica, alimentare e nelle varie altre forme di profilassi;

afferma l'opportunità che là ove difetta il personale sanitario si diano coadiutori ai medici, scelti fra le persone che a giudizio della Direzione generale della Sanità pubblica saranno ritenute idonee;

rileva con soddisfazione il contegno calmo e sereno del popolo italiano nell'ora presente e l'opera ispirata ad alto sentimento del dovere e piena d'abnegazione del corpo sanitario italiano, dalla Direzione generale della Sanità pubblica, da quella di Sanità militare, dalla Croce Rossa, ai funzionari della Sanità, a tutti i medici italiani civili e militari, alcuni dei quali suggellarono col sacrificio della vita il compimento della propria missione umana;

esprime il voto che il Ministero dell'interno voglia pubblicare e largamente diffondere, per i preziosi elementi di giudizio e gli ammaestramenti che contiene, la relazione comunicata al Consiglio Superiore dal Direttore generale della Sanità ».

* * *

Quest'ordine del giorno è stato portato a conoscenza dei Prefetti del Regno con una circolare del Ministro dell'interno, on. Orlando, che fa seguire la comunicazione dalle seguenti parole:

« Alle SS. LL. non può sfuggire la importanza di questo ordine del giorno.

Con esso, il nostro supremo Consesso tecnico in materia di igiene e sanità, ha voluto sopratutto e in linea principale riassumere e tradurre in una affermazione recisa e solenne, che alla sua forza sostanziale aggiunge quella che le deriva dall'autorità del Corpo da cui proviene, il responso unanime che tutti i competenti non hanno esitato a dare circa la natura dell'epidemia che attualmente travaglia il nostro come tutti gli altri Paesi di Europa e non della sola Europa.

E questa affermazione il Consiglio Superiore ha esplicitamente inteso di opporre alle voci sorte e diffuse fino dal primo accenno a una più larga ed intensa manifestazione della forma morbosa epidemica apparsa da noi nella primavera decorsa.

Si parlò infatti fino da allora di una malattia terribile misteriosa, ignota nelle sue cause e invincibile nei suoi effetti: che, di fronte a qualche caso eccezionale di complicanze polmonari particolarmente gravi, riuscite rapidamente ad esito letale con sintomi improvvisi di asfissia, si è voluto poi identificare in peste polmonare, così come in altri Paesi provati prima del nostro, si era parlato, per analoghe circostanze, di peste cinese o di Manciuria, e, per le complicanze intestinali, con vomito e diarrea, alle quali talora ha dato luogo, di colera.

Ora, si tratta da noi, come si è trattato presso gli altri Paesi, di voci arbitrarie, assurde, frutto di incompetenza e di fantastica sopraeccitazione.

Le osservazioni cliniche come le indagini di laboratorio hanno escluso ed escludono in modo assolutamente indubbio la origine esotica della malattia; e attribuiscono in modo altrettanto indubbio a quella forma morbosa che è conosciuta sotto il nome di *influenza* la manifestazione pandemica del periodo attuale.

Questo hanno concluso gli scienziati più illustri, questo hanno riconosciuto e proclamato i Corpi scientifici e tecnici più accreditati dei Paesi alleati, neutrali e nemici, nei quali prima, e con ancor maggior gravità che da noi, il perturbamento delle condizioni della pubblica salute impose il problema della ricerca delle sue cause e dei mezzi per ripararvi.

Questo hanno confermato, per quanto riguarda la propaggine della manifestazione estesasi al nostro Paese, i nostri medici più in fama, e viene ora ripetuto dal Consiglio Superiore di Sanità.

Il voto di questo Consesso, sia occasione alle SS. LL. per una efficace azione intesa a mettere finalmente termine alle voci da esso discordi che ancora si sussurrano, voci che impressionano sinistramente le popolazioni, ne scuotono la resistenza morale e fisica, ne disorientano l'attitudine, rendono, infine, più difficili e meno efficaci i provvedimenti e i suggerimenti delle autorità competenti, nelle quali sminuiscono ingiustamente la fiducia con critiche sterili quanto infondate; e, anche e contemporaneamente, sia occasione per la maggiore e più autorevole diffusione di quei principii fondamentali di igiene generale, collettiva e individuale, sui quali già più volte ho richiamata l'attenzione delle SS. LL. come sui mezzi ai quali sovratutto deve chiedersi la difesa contro il dilagare del male.

E a questa azione, vogliano le SS. LL. invocare il concorso volonteroso della stampa politica e professionale; del Corpo sanitario della provincia, anche a mezzo degli Ordini sanitari; dei Comitati di organizzazione civile e degli altri enti di propaganda sociale e patriottica; del clero, di tutti quanti, insomma, per ragioni di ufficio o di professione come per dovere civico liberamente e volonterosamente assunto, hanno occasione, modo ed opportunità di esplicare un'opera pratica di persuasione, di consiglio, di indirizzo, di conforto.

Nessuno, io ne sono convinto, si rifiuterà all'appello che venga loro rivolto, a sollievo e sostegno dell'animo eroico del popolo nostro di fronte alla nuova prova che ha dovuto subire proprio mentre gli appare la meta radiosa dei lunghi suoi sacrifici ».

* * *

Crediamo utile riprodurre le due circolari telegrafiche alle quali fa riferimento l'ordine del giorno del Consiglio Superiore di Sanità, nonchè altra con la quale il Ministro dell'interno aveva rivolto al Corpo sanitario del paese un fervido appello per la più volenterosa collaborazione nell'opera di assistenza reclamata dalla anormalità delle condizioni sanitarie del momento.

1. — *Circolare 22 agosto* 1918, *n.* 26125.

Come è noto alle SS. LL., fin dalla scorsa primavera comparve in molti paesi di Europa una forma epidemica analoga a quella verificatasi negli

anni 1889 e 1890 e che anche ora riconobbesi trattarsi di influenza con complicanze generalmente consecutive incuria primi attacchi morbosi.

Tale malattia ha fatto anche in Italia sua apparizione. Essa colpisce preferibilmente vie respiratorie, tendendo localizzarsi polmoni, tuttavia non mancano casi con sintomatologia abnorme.

Mentre negasi ogni giustificazione allarmi dovuti a fantasie esaltate, reputo opportuno richiamare attenzione SS. LL. su alcuni punti fondamentali utili per effettuare razionale profilassi.

Trattandosi di contagio rapidamente diffusivo anche per tramite portatori non riconoscibili, emerge inopportunità misure contumaciali o di isolamento quali si adottano per altri morbi epidemici; considerando invece natura mite malattia che ben trattata non riveste carattere maligno, consigliansi provvedimenti generali, che debbono ispirarsi conoscenze epidemiologiche dimostranti che materiale infettivo si elimina e si diffonde attraverso vie respiratorie, e che labilità germe prova che via più ovvia contagio risiede nei contatti diretti ad esplosione colpi tosse.

Ciò premesso, profilassi dovrebbe essere basata sopra seguenti capisaldi:

Primo. — Identificazione e rapida denunzia della eventuale comparsa di focolai.

Secondo. — Evitare possibilmente contatti sospetti.

Terzo. — Disinfettare mucose esterne attaccate o minacciate da processo infettivo, nonchè punti più esposti contaminazioni sospette.

Quarto. — Speciale vigilanza reclamano collettività particolarmente predisposte, quali caserme, convitti, scuole, teatri, cinematografi, ecc., allo scopo di evitare eccessivi affollamenti ed ottenere rigorosa pulizia.

Quinto. — Buone pratiche preventive sono disinfezione bocca, naso e mani; divieto di sputare in terra massime in ambienti chiusi; e pulizia e disinfezione sistematica oggetti e punti maggiormente esposti agli inquinamenti boccali e nasali, quali fazzoletti, apparecchi telefonici, ecc.

Sesto. — Comparendo focolaio epidemico, ammalati vanno trattati con speciali precauzioni nell'interesse loro e di chi assiste. Infermieri e medici debbono indossare vestaglia, non omettere disinfezione viso e mani e munirsi anche di opportuni schermi filtranti per proteggersi contro inalazione pulviscolo infetto quando speciali circostanze lo consiglino. Parimenti debbono provvedere disinfezione immediata sputi, fazzoletti, pavimenti, sale degenza, attivandone ventilazione.

Viste facili recidive e complicazioni spesso mortali cui espongono trascuratezze, occorre che infermi anche leggieri rimangano letto, osservando consigli medico, fino termine speciale convalescenza; e considerando gravità assunta morbo negli infermi altre malattie è consigliabile, in tempo epidemia, limitare a casi estremi visite del pubblico negli ospedali comuni.

Anche riguardo infermi in case private, medici debbono essere consci pericolo che corrono infermi di malattie comuni, onde predisporre adozione di ogni possibile misura preventiva.

Settimo. — Occorre intensificare più possibile vigilanza annonaria, specialmente nei riguardi frutta e latte.

Ottavo. — Occorre, infine, predisporre in tempo assistenza medica e farmaceutica, assicurando provvista medicinali anche per i poveri.

Quanto sopra si fa presente alle SS. LL. in via di massima onde orientare profilassi della forma epidemica influenzale, raccomandando, in ogni caso, di tranquillizzare popolazione, evitando allarmi ingiustificati e che non hanno ragione alcuna di sussistere.

Ministro ORLANDO.

2. — *Circolare 15 ottobre* 1918, *n.* 33687.

Con la circolare 22 agosto u. s., n. 26125, il Ministero ha richiamata l'attenzione delle SS. LL. sulla pandemia influenzale, che aveva invasi i vari paesi di Europa non risparmiando l'Italia.

Accentuatosi ed estesosi il fenomeno nel settembre, specialmente nella terza decade di detto mese, le SS. LL. furono sollecitate a provvedere sulla guida delle condizioni e delle esigenze locali.

Dai provvedimenti presi e che si vanno tuttora adottando, il Ministero rileva il fervore dell'opera e se ne compiace, ma a dare ogni maggiore impulso alla profilassi e ad assicurare, entro convenienti limiti, la maggiore uniformità di criteri nel campo esecutivo, richiama l'attenzione delle SS. LL. sui seguenti punti essenziali:

1. — Sorgente d'infezione è l'uomo infermo. Per esso non sono applicabili — per il fatto del predominare i casi lievi e lievissimi e della rapidissima diffusione, — nè la denuncia singola dei casi nè l'isolamento classico dei malati in uso per le altre infezioni. Ma deve, ciò nonostante, essere scopo precipuo della difesa igienica il procurare di avvicinarsi, per quanto è possibile, alla adozione di tali mezzi, con la vigilanza sanitaria assidua nei singoli Comuni per accertare, se non i casi, quanto meno, e rapidamente, i focolai, e per procurare che la profilassi collettiva e quella individuale siano sempre rivolte a diminuire e ridurre al minimo possibile i contatti, sorgenti di infezione.

Così, nelle collettività sia assicurato il mezzo di appartare in qualunque momento i colpiti e, nel governo degli ospedali, si eviti la disseminazione dei malati nelle corsie, ma si raccolgano a seconda della disponibilità in appositi locali, o in sezioni, reparti o sale separate; e sia ovunque tolto nel maggior grado possibile il contatto colla popolazione, evitandosi le visite del pubblico in modo rigoroso.

Nell'ambiente domestico, dove sono malati, e dove non può parlarsi di creare ambienti appartati, si sostituisca al precetto dell'isolamento del malato, che è praticamente inattuabile, quello dell'isolamento dai suoi prodotti patologici infettanti, che rappresenta la forma più razionale ed evoluta del buon governo igienico dei malati nell'ambito famigliare.

2. — Al concetto di tendere a diminuire i contatti con malati o con persone in grado di conta-

giare, debbono le autorità porgere efficace aiuto di carattere generale riducendo al minimo necessario le pubbliche riunioni, specie in ambienti chiusi, e sopprimendo quelle che avvenissero in locali igienicamente inidonei, sovratutto teatri e cinematografi, od ambienti nei quali, per quanto idonei, non si praticassero frequenti, sistematiche pulizie e disinfezioni, fatte *lege artis* sotto buona guida tecnica.

3. — Alla esecuzione del tracciato piano profilattico devono colle autorità concorrere sovratutto i medici, coll'opera e coll'opportuno consiglio, così negli ospedali e negli Istituti collettivi ad essi affidati per l'assistenza, come nelle case private.

E siccome uno dei mezzi per isolarsi dai prodotti patologici ed infettanti dei malati — base della profilassi — consiste nel proteggersi colle sistematiche disinfezioni, colla più scrupolosa igiene personale, con la protezione delle vie respiratorie mediante opportuni schermi, così i medici, apostoli ed ascoltati consiglieri, col prescrivere e vigilare le norme igieniche da parte dei propri clienti e sovratutto col dare in questa contingenza l'esempio dell'adozione convinta di queste difese, contribuiranno in larga misura a diminuire la propagazione del male e ne affretteranno la fine riconducendo la tranquillità tra le popolazioni colpite.

Pel Ministro: BONICELLI.

3. — *Circolare 28 settembre 1918, n. 30740.*

Condizioni eccezionali salute pubblica, per cui è occorso integrare in talune provincie, nei limiti disponibilità consentita da esigenze militari, ordinaria assistenza sanitaria con personale medico R. Esercito e Croce Rossa, impongono valorizzare, e portare al massimo rendimento tutte provvidenze e risorse locali.

Rivolgo pertanto fervido appello allo spirito di abnegazione e patriottismo benemerito personale medici civili, che nella generalità dei casi, anche attuali contingenze, dànno cospicue prove loro valore, e li esorto a perseverare nel faticoso compito, onde opera loro alacre e fruttuosa possa fronteggiare in ogni circostanza difficoltà situazione, consentendo di non intaccare soverchiamente risorse straordinarie, da riservarsi assolutamente alle esigenze della guerra.

Lo stesso dicasi circa approvvigionamenti alimentari. Governo esaminerà con benevolo spirito conciliazione eventuali richieste di maggior contingentamento, ma occorre che da tutti, e specialmente da benemerita classe medica, che per necessità momento trovasi in più diretto e assiduo contatto con ogni strato popolazione civile, sia fatta efficace propaganda onde impongasi minor sacrificio possibile a località finora risparmiate da epidemia, in confronto di quelle che, a causa di essa, sentono bisogno di maggiori assegnazioni.

Sono certo che mio appello sarà compiutamente ascoltato e che, per quanto ha tratto all'assistenza sanitaria, la classe medica, pienamente compresa degli alti doveri di sacrificio e di abnegazione che impone l'ora che volge, saprà spiegare anche nelle presenti circostanze una attività adeguata alle necessità della pubblica salute.

Prego SS. LL. diffondere conoscenza presente circolare recandola a diretta notizia codesta Presidenza degli Ordini sanitari, e assicurandomene.

Ministro ORLANDO.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

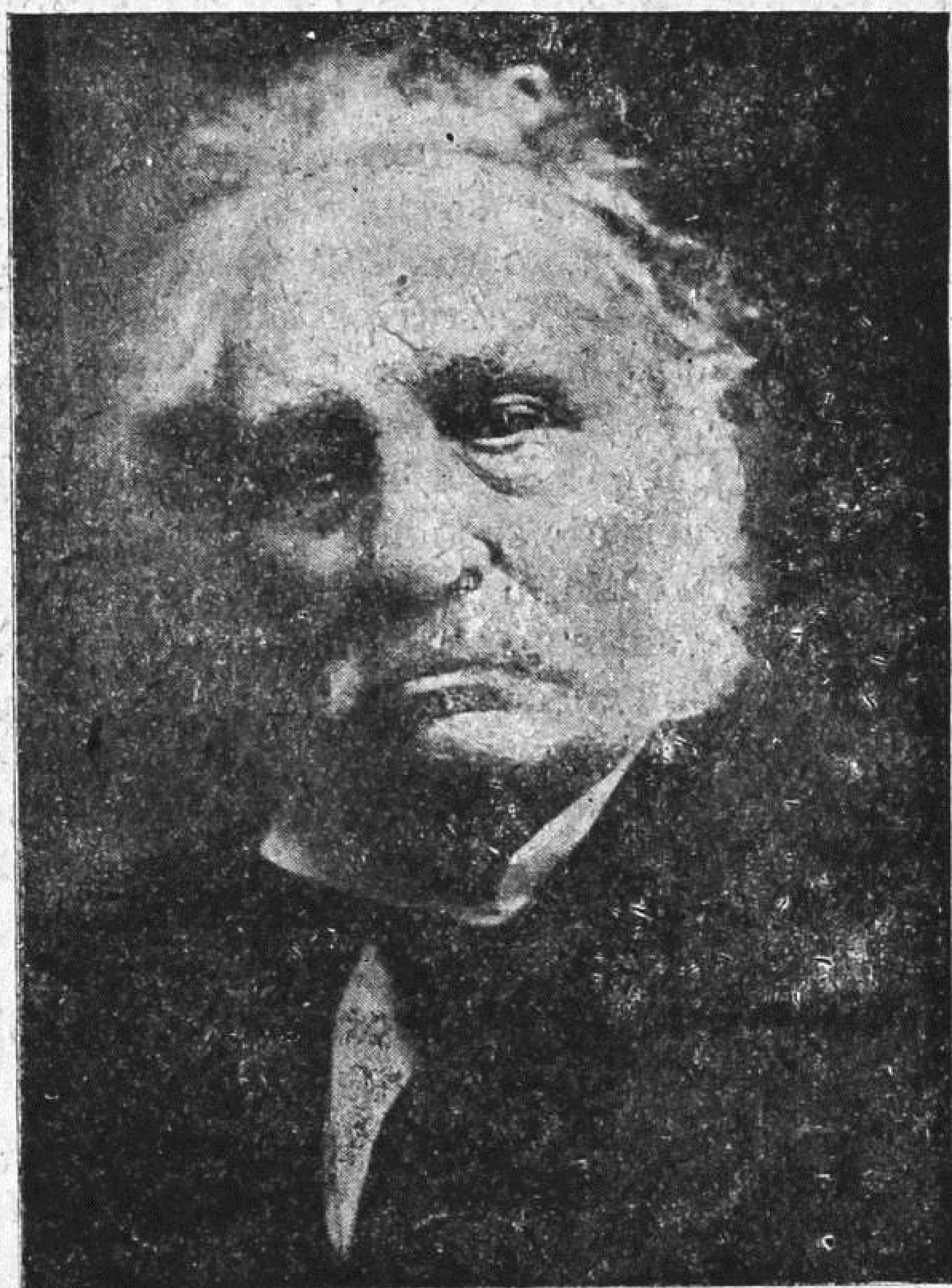
NELLE UNIVERSITÀ.

Sono abilitati alla Libera Docenza per titoli: Azzi Azzo, in Patologia generale, a Napoli; Blasi Francesco, in Terapia fisica, a Napoli; Bonaventura Enzo, in Psicologia, a Firenze; Busciano Vito Maria, in Clinica delle malattie nervose e mentali, a Firenze; Camera Ugo, in Patologia spec. chirurgica dim., a Torino; Carraro Nicola, in Urologia, a Bologna; Ciampolini Arnolfo, in Medicina legale, a Siena; De Angelis Giovanni, in Patologia generale, a Bologna; De Lisi Lionello, in Clinica delle malattie nervose e mentali, a Cagliari; Fornero Arturo, in Clinica ostetrica e ginecologica, a Parma; Forni Giuseppe, in Anatomia e Istologia patologica, a Bologna; Moriani Giuseppe, in Medicina legale, a Genova; Pentimalli Francesco, in Patologia generale, a Napoli; Roccavilla Andrea, in Patologia spec. medica dim., a Modena; Ronca Vittorio, in Patologia generale e Anatomia patologica, a Modena; Rossi-Marcelli Andrea, in Otorinolaringoiatria, a Napoli; Rubino Cosimo, in Patologia medica delle malattie professionali, a Genova; Scotti Giovanni Battista, in Patologia e Clinica medica veterinaria in Parma; Spagnolio Giuseppe, in Patologia esotica, a Roma; Zorzi Pietro, in Fisiologia, a Parma; *per esami*: Abbate Antonio, in Clinica pediatrica, a Parma; Caprioli Nicola, in Patologia spec. chirurgica dim., a Napoli; Consoli Giuseppe, in Farmacologia e Tossicologia, a Catania; Dominici Mariano, in Patologia speciale chirurgica dim., a Palermo; Falsetti Leopoldo, in Clinica ostetrica e ginecologica, a Parma; Frasca Carlo, in Patologia generale, a Palermo; Licci Polidoro, in Patologia speciale medica dimostrativa, a Parma; Maccone Luigi, in Clinica pediatrica, a Genova; Maggiore Luigi, in Clinica oculistica, a Roma; Pellacani Giuseppe, in Clinica delle malattie nervose e mentali, a Bologna; Pensa Gennaro, in Clinica chirurgica e Medicina operatoria, a Parma; Pirelli Bernardino, in Patologia spec. chirurgica dim., a Napoli; Ricciuti Giuseppe, in Medicina operatoria, a Napoli; Romano Angelo, in Igiene e Polizia medica, a Palermo; Scaroni Ferruccio, in Clinica pediatrica; Spadolini Igino, in Fisiologia, a Firenze; Tarducci Armando, in Clinica oculistica, a Firenze.

Sono autorizzati a trasferire le LD. i dottori: Decio Cesare, da Parma a Firenze, la LD. in Ostetricia e Ginecologia; Gazzara Pasquale, da Palermo a Messina, la LD. in Anatomia chir. e Corso op.; Palermo Carlo, da Roma a Messina, la LD. in Clinica oculistica; Pollio Giorgio, da Pavia a Torino la LD. in Clinica dermosifilopatica.

FRANCESCO TODARO

Il maestro sceso or ora nella tomba, avea educato all'anatomia molte generazioni di studenti.



Patriota fervente prima, entusiasta del sapere poi, egli volle dedicarsi con calore tutto siciliano alle discipline anatomiche; e nello Studio fiorentino volle a guida il massimo fra i fisiologi, M. Schiff, che aveva compreso essere lo studio della architettura del corpo inseparabile da quello delle funzioni degli organi. Sotto tali auspici, il giovane assistente scriveva della struttura del cuore, in modo così magistrale che gli valse la cattedra di anatomia nella Università di Messina.

L'èra inaugurata da C. Darwin volgea propizia al nuovo indirizzo degli studi biologici; che, integrato da Ernest Haechel e da C. Gegenbaur, non concepiva più l'anatomia come uno sterile campo chiuso, destinato alla descrizione stereotipa di parti grossolane o microscopiche. La dottrina evoluzionista avea elevato a dignità di scienza quella che prima meritava appena il timido nome d'ipotesi. Il concetto che le specie animali discendessero — l'uomo compreso — l'una dall'altra, si completava con l'altro anche più meraviglioso: che ogni essere nel suo svolgimento embrionale ricorda, per breve volger di tempo, i suoi antenati. Così la storia dello sviluppo dell'individuo e del phylon; ontogonia e filogonia, rischiaravano, sorelle dell'anatomia, quante anomalie strane — *curiosa naturae* — erano come tali apparse ai ricercatori d'altri tempi. Todaro, intuendo, primo in Italia, che la conferma delle nuove dottrine dovea scaturire dallo studio dei bassi vertebrati anzi dai loro progenitori, le Ascidie, capì quanto prezioso materiale atto a risolvere i problemi embriologici giacesse nel golfo del mare messinese. La cui riva divenne allora convegno di quanti, in Europa ed in America, si dedicavano a ricerche morfologiche. In tale aeropago si svolse la gioventù dell'infaticabile naturalista. Ognuno comprende perciò, come, restituita Roma a libertà, tentennasse egli nel lasciare la sua diletta Messina, fosse pure dinanzi all'invito ripetuto del Governo che gli offriva la cattedra di anatomia nell'Università della città eterna. Questa cattedra aveva udito la voce di Enea Piccolomini, di Varolio, di Giovanni Maria Lancisi e del maestro dei maestri Galeno. *Anatòmen in templo pacis Galenus publice exercens* era scritto e figurato sulle pareti dell'anfiteatro di Santo Spirito, che l'insipienza cosciente dei tempi nuovi ha or ora gloriosamente demolito. Pur troppo — eravamo allora nel 1870 — le discipline biologiche, perfino quelle di medicina pratica, erano in Roma, sotto la sospettosa vigilanza della Curia, appena tollerate. Todaro, che non vi trovò neanche un microscopio, comprese come fosse necessaria una vera *instauratio ab imis fundamentis.* Ma sotto il firmamento di Roma — sia all'oriente che all'occidente — la nebbia è perfida; e l'ardito ricercatore che portava con sè l'entusiasmo e la tenacia granitica dei figli della sua isola, dovè, lottando contro l'indolenza dei misoneisti, difendersi dal sarcasmo dei miopi, dimentichi che nella repubblica delle scienze vi sono pure gli aristocratci. Essi mal comprendevano le relazioni fra l'autopsia del cadavere umano e l'ontogenesi dei prevertebrati.

Anche a traverso gli urti delle dottrine meccaniche la dottrina dell'evoluzione gli fu di faro nelle sue ricerche; le quali rivelarono che la lotta per l'esistenza dal bathybius all'uomo, segue sempre la stessa rotta; e che la vittoria, sia delle parti, sia degli individui lottanti fra loro, è sempre del più forte. Aiutato da uomini che rispondevano ai nomi di Cannizzaro e di Tommasi-Crudeli, procedè diritto lungo la sua via; e a lato di una modesta chiesa di Panisperna, nella quale si innalzavano al Creatore profumi d'incenso, sorgeva — mirabile segnacolo di tolleranza — per opera sua, il tempio dei ricercatori della natura. La scolaresca romana di quel periodo cui fortunatamente io appartenni, ricorderà che proprio nell'umida sacrestia della chiesa di Sant'Antonio, Franz Boll chiamato dalla Prussia a far parte, per insistenza di Todaro, della Facoltà medica di Roma, ripagava con la meravigliosa scoperta della porpora visiva l'ospitalità (ahi, quanto breve!) del paese a lui caro; e che Jacopo Moleschott inaugurava quei locali appena portati a termine, difendendo dottrine che a molti, non al materialista convinto, parvero audaci.

Fu quella e per qualche lustro ancora un'epifania per l'Italia; un periodo d'oro, come felicemente lo chiamò Leonardo Bianchi. Il maestro, nella sua floridezza intellettuale, dava opera e impulso agli studi della embriologia comparata, fondando in

mezzo a enormi difficoltà finanziarie un giornale che accogliesse i lavori della sua scuola; mentre indagatori felici al pari di lui, come Lombroso, Mosso e Giacomini a Torino, Romiti in Toscana, Bellonci a Bologna, Luciani a Firenze, incitavano gli allievi allo studio della grossa e minuta struttura degli organi degli animali, considerati in tutte le fasi del loro sviluppo. Chè se, ricordiamocelo bene, sulle rive del golfo di Napoli ha fiorito fino allo scoppiar della guerra la Stazione Zoologica, come vero e proprio cenacolo cattolico (universale) di quanti coltivavano scienze, dobbiamo riconoscere che Todaro non solo ne ebbe il concetto ma che, insieme all'indivisibile e fedele amico suo Antonio Dohrn la volle — ministro Ruggero Bonghi — a traverso i lividi morsi dell'invidia, felicemente compiuta. Per lui e con lui, il suo sogno si tramutava in realtà, e l'Aquarium diventava primo fra gli Istituti del mondo, ove il materiale raccolto con sapiente organizzazione e minuziosamente preparato permetteva insperate risoluzioni dei più difficili problemi biologici. Le ricerche sulle Salpe, iniziate da Chamisso, uomo geniale di lettere e di scienza, ritornavano così sotto altro vello, a nuova vita, per opera di Todaro, che infaticabile, anche con mezzi tecnici da lui ideati, scopriva nuove forme di Tunicati battezzate, non in Italia ma in altri paesi, col nome suo.

Non è, quindi, meraviglia che Francesco Crispi lo credesse degno del laticlavio, che Re Umberto, amico ed ammiratore dell'uomo, lo insignisse dell'Ordine civile di Savoia, che i Lincei ed i XL lo volessero loro; e che le Accademie di Russia, di Germania e di Francia ascrivessero a grande onore averlo fra i soci carissimo. Noi lo volemmo preside perpetuo della nostra Facoltà fino alla morte. Ed erano tante onorificenze unico suo e ben meritato orgoglio imperocchè ben di rado facoltà spirituali si veggono così armonicamente associate, come lo furono in Todaro.

Ebbe egli forza straordinaria di volontà, che rinvigoriva le ali dell'intelletto. Nè conosceva la sazietà e l'indifferenza prodotta dalla fatica cerebrale, e a cui sono talvolta inclinevoli i popoli del Mezzogiorno. Il microscopio lo vide ore, giornate e perfino — me testimone — lunghe notti, tutto intento a scrutare il decorso di un nervo o la struttura di una cellula. Osservava e rifletteva, secondo i dettami di v. Baer; e rifuggendo dal celebrato aforisma di Haller, seguiva il concetto di Wolfango: cioè, che in natura la scorza non può dividersi dal nocciuolo.

Oggi, gli allievi, che da lui protetti, come da padre, ebbero per lui acceso il fuoco di Vesta del sapere scientifico, piangono la perdita irreparabile di chi, instaurando in Italia l'anatomia morfologica intesa nel senso più esteso della parola, seppe infondere il concetto — ahimè, adesso disgraziatamente abbandonato — che *medicinae fundamentum* è, come lo fu nel secolo di Galeno, lo studio pratico della fabbrica del corpo dell'uomo e degli altri animali.

G. MINGAZZINI.

NOTIZIE DIVERSE

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

Sotto la presidenza del senatore Durante si è adunata in Roma la Sezione d'Igiene Sociale della Commissione pel dopo-guerra.

Alla riunione hanno partecipato i commissari professori Ascoli e Pagliani vice-presidenti, Murri, Ducrey, sen. Foà, on. Badaloni, gen. medico Della Valle, on. Bianchi, Sclavo, Burci, Loriga, on. Dore, generale medico Ferrero di Cavallerleone, generale medico Rho, Simonetta, Lanfranchi, Bordoni-Uffreduzzi, De Napoli e il dott. Santangelo assistiti dal segretario dott. Verney.

La Sezione ha studiato prevalentemente il problema della smobilitazione, in quanto possa presentare il pericolo di peggiorare le condizioni sanitarie del Paese, facendo ritornare nelle varie regioni un forte numero di contagiosi, divenuti o rivelatisi tali sotto le armi.

Il prof. Ascoli ha affrontato il problema dei malarici presentando proposte concrete di provvedimenti.

In seguito ad ampia discussione, è stato approvato un ordine del giorno che espone in sintesi le idee e le proposte avanzate.

Nei riguardi della tubercolosi, la Sezione ha deciso, su relazione Sclavo e in seguito a discussione, di sollecitare il Governo ad imprimere incremento alla costruzione di sanatorî e di ospizi per tubercolotici, allo scopo di accogliervi il maggior numero di ex-militari colpiti da forme specifiche e di curarli. Una parte delle pensioni loro assegnate «per malattia contratta in servizio» andrebbe devoluta alle rette di degenza. Fu inoltre espresso il voto che lo Stato conceda con maggiore liberalità i fondi per la costruzione dei sanatorî, rendendo più agevole la stipulazione dei mutui di favore alle Opere Pie.

Per i militari affetti da malattie veneree si propose, in seguito a relazione Ducrey e a discussione, che, al momento di congedarli, la scheda sanitaria individuale venga inviata al sindaco del Comune di destinazione, affinchè quelli possano ottenere gratuitamente tutte le cure di cui abbisognassero.

In base a relazioni di Ascoli e Lanfranchi, si è insistito perchè nella smobilizzazione restino attivi, anzi sieno rafforzati, i congegni sanitari che hanno già fatto buona prova nell'impedire la penetrazione di malattie infettive dalla zona di operazione nel territorio. Si è proposto di fare il controllo rigoroso dei dissenterici amebici e la successiva segnalazione alle autorità sanitarie locali. Per la prevenzione delle infezioni di origine intestinale, si è proclamata la somma importanza di promuovere nei centri abitati un regolare smaltimento dei materiali di rifiuto.

La Commissione ha proposto inoltre che lo Stato provveda, nell'immediato dopo-guerra, a un adattamento igienico di tutti i pubblici locali e alla congrua successiva manutenzione.

Entrarono in discussione anche altri argomenti, come: la propaganda igienica (Sclavo), l'educazione fisica (Pagliani), l'istituzione di nuovi laboratori

diagnostici (Sclavo), le scuole all'aperto (Foà), la migliore utilizzazione delle carni di animali tubercolotici (Lanfranchi), ecc., e furono sollevati alcuni problemi generali, come le assicurazioni statali contro le malattie.

I varî ordini del giorno verranno portati al Governo per le opportune provvidenze.

La Sezione tornerà a riunirsi prossimamente.

Comitato interalleato per gli invalidi di guerra.

Nel fascicolo 42 (20 ottobre 1918) del *Policlinico*, Sezione pratica, abbiamo comunicata, fra le notizie diverse, la costituzione in Parigi del Comitato interalleato per gli invalidi di guerra.

Avevamo desunto la notizia dalla *Presse Médicale* del 7 ottobre u. s. Il periodico francese dava i nomi dei rappresentanti di varie Nazioni; tra essi non figurava quello italiano.

Ond'è che noi abbiamo notato la mancanza di un rappresentante dell'Italia nel Comitato.

Siamo lieti di poter oggi rettificare che della organizzazione su menzionata, già da tempo funzionante, fa parte regolare una numerosa ed eletta delegazione italiana, presieduta dal prof. comm. Enrico Burci, ispettore straordinario pei servizi militari di assistenza agli invalidi di guerra del Regno.

Il professore stesso è vice-presidente del Comitato interalleato.

In un prossimo numero preciseremo l'elenco completo dei componenti la delegazione italiana, e speriamo altresì di poter dare notizie precise su una conferenza interalleata ed una esposizione di protesi che saranno probabilmente tenute a Roma nel prossimo mese di maggio 1919.

Nuovo sanatorio della Croce Rossa.

Il 26 settembre u. s., alla presenza del Presidente generale della Croce Rossa italiana, sen. Frascara, e di molte altre autorità civili e militari, ebbe luogo la posa della prima pietra del nuovo Sanatorio della Croce Rossa a Cuasso al Monte (Varese).

L'Istituto funziona già per circa 200 letti, in parte nei vecchi locali esistenti, ben riadattati per il nuovo uso, in parte nelle baracche concesse all'uopo dal Ministero dell'interno.

Il Sanatorio definitivo comprenderà tre padiglioni capaci ognuno di circa 150 letti, un padiglione per la disinfezione e la lavanderia ed un padiglioncino per l'isolamento; vi sarà annessa una vasta fattoria modello.

Il nuovo grande Istituto servirà ora per i militari, poi per i civili. Esso nacque mercè le offerte larghe e generose della città e provincia di Milano: anche nel giorno della cerimonia furono versate 500 mila lire e sottoscritte più del doppio dagli industriali della Società A. M. P. E.

Il merito dell'iniziativa spetta all'attivissimo Comitato Croce Rossa di Milano presieduto dal comm. Cagnoni.

Direttore del nuovo Istituto dal 1° luglio u. s. è il maggiore medico prof. Arturo Campani, direttore degli Ospedali Civili di Brescia.

In memoria di Gaetano Rummo.

« La Riforma Medica » dedica un numero speciale alla memoria del clinico che la fondò con coraggiose e larghe vedute e che la diresse con esemplare diligenza.

Il fascicolo contiene una serie di articoli dovuti a Cardarelli, Maragliano e Ferrannini, continuatori della sua opera giornalistica, Aievoli, Meyer, Molinari, Moscati, Romanelli, ecc., quasi tutti allievi entusiasti e devoti del compianto Maestro e riporta brani di discorsi commemorativi. È riccamente illustrato.

Interessa non poco seguire le vicende della attivissima vita di clinico, di scienziato, di insegnante, di giornalista, di uomo d'azione del Rummo.

Esse sono intimamente legate a quelle della sua « Riforma ».

La simpatica manifestazione ci trova associati nel rimpianto.

I periodici italiani negli Stati nemici.

L'Austria, con decreto 29 marzo 1918, ha tolto il divieto assoluto alla importazione di periodici di Stati nemici ammettendo alla circolazione determinate riviste indicate in appositi elenchi. Nel primo gruppo sono comprese le maggiori nostre riviste di ingegneria, di elettricità, di finanza. Nel gruppo medico figurano gli *Annali di farmacognosia*, il *Bollettino chimico-farmaceutico*, il *Giornale della R. Soc. Ital. d'Igiene*. (Dai *Pathologica*).

Indice alfabetico per materie.

Aborto criminoso (In tema di) . . . . *Pag.* 1057
Adrenalina: azione sugli apparati cardio-vascolare e gastro-intestinale . . » 1067
Anestesia spinale in ginecologia . . . » 1067
Aneurisma aortico: diagnosi clinica di casi rari . . . . » 1066
Consiglio superiore di Sanità: sull'attuale pandemia influenzale . . . . » 1070
Febbre quintana: contributo clinico e sperimentale . . . . » 1063
Ferite dei nervi da proiettili di guerra: intervento chirurgico . . . . *Pag.* 1049
Influenza (L'epidemia di) e la Croce Rossa . . . . » 1069
Influenza: nuovo metodo di cura . . . » 1055
Otorrea tubercolare: diagnosi . . . . » 1064
Radioscopia: schizzi . . . . . . » 1057
TODARO F. . . . . » 1074
Vena cava superiore: obliterazione . . » 1066
Yprite: trattamento delle lesioni cutanee con nitrato d'argento . . . . » 1061

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*

Anno XXV. Roma, 10 novembre 1918 Fasc. 45.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: M. Fasano: Sull'intervento chirurgico nelle ferite dei nervi da proiettili di guerra. — **Note preventive:** R. Ciauri: Sul batterio bipolare dell'influenza (febbre spagnuola). — **Note cliniche:** E. Vecchia e M. Segre: L'attivazione stricnica dell'accesso malarico. — **Note di tecnica:** G. Egidi: La saldatura dei fili metallici nella osteo-sintesi. — G. Egidi: Le resistenze liquide e la praticità del loro impiego per la cistoscopia. — **Servizi sanitari:** F. Brunetti: I mutilati del viso ed i rinologi. — **Sunti e Rassegne:** CHIRURGIA: H. Groves: Alcuni principii e problemi riguardo al trattamento delle fratture da arma da fuoco. — DERMATOLOGIA: Burnier: La simulazione in dermato-venereologia. — STORIA DELLA MEDICINA: G. Bilancioni: Marziale e la medicina.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: La prognosi delle infezioni della cistifellea. — TERAPIA: Il trattamento della scarlattina col siero immune. — Sul trattamento della rachitide. — Celle calde per feriti gravi. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia.**

Nella vita professionale: Vittoria. — L'epidemia di influenza e la Croce Rossa. — **Medicina sociale:** Provvedimenti igienico-sociali nel dopo-guerra. — La sistemazione dell'insegnamento di odontoiatria e prostesi dentaria nel prossimo dopo-guerra. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA DI ASTI
diretto dal col. cav. dott. O. Rosso.

Sull'intervento chirurgico nelle ferite dei nervi da proiettili di guerra.

Prof. dott. MARIO FASANO.

(Continuazione e fine, vedi fascicolo precedente).

Ho voluto riferire queste osservazioni interessanti sotto il punto di vista clinico per addurre una dimostrazione pratica personale a quelle non molto numerose riportate da altri autori.

Mi sono limitato nella mia esposizione riassuntiva dei casi alla sola parte clinica, tralasciando tutto ciò che avrebbe potuto avere un interesse speciale in riguardo alla patologia propriamente detta e ciò per ragioni varie.

Anzitutto la impossibilità di potere eseguire sui miei casi un esame completo dal lato neuropatologico per lo stato di iperestesia dolorifica in cui si trovavano gli ammalati, come risulta dalle storie riferite; in secondo luogo per la mancanza dei mezzi e del tempo necessario, data l'enorme quantità di feriti alle cure dei quali dobbiamo giornalmente provvedere.

Le stesse considerazioni valgono per il mancato reperto istologico dei pezzi asportati, pei quali ci dovemmo accontentare della semplice biopsia operatoria.

Scopo di questa mia nota si è di far rilevare la sindrome speciale di queste lesioni nervose, che presentano particolarità cliniche, che difficilmente hanno riscontro nella pratica chirurgica ordinaria.

Avrei potuto ricordare parecchi casi interessanti di chirurgia del sistema nervoso periferico, e per citarne qualcuno, un caso di sezione completa del radiale con paralisi totale nel territorio di distribuzione di questo nervo, dovuta ad una frattura comminativa dell'estremità inferiore dell'omero. I monconi del nervo, deformati a clava, erano allontanati di 4 centimetri l'uno dall'altro e si durò fatica a rintracciare il moncone inferiore impigliato in mezzo ai numerosi frammenti ossei ed al tessuto fibroso di neoformazione. Asportate le estremità deformate del nervo, veri monconi di amputazione, e ridotta la frattura, vennero suturate le estremità del nervo e si ottenne un risultato operativo discreto, poichè dopo qualche settimana incominciavano già ad accennarsi leggeri movimenti di estensione delle dita.

Così dicasi di un altro caso di sezione completa dell'ulnare, che venne parimenti suturato con buon esito e di altri ancora dei quali però non fu potuto seguire l'ulteriore decorso.

Le necessità impellenti della guerra ci obbligavano a sfollare i nostri reparti per far posto ad altri feriti bisognevoli più urgentemente di cure, e questi ammalati dovettero essere sacrificati ad un superiore interesse umanitario ed essere rinviati in altri reparti, dai quali non ci fu possibile avere che frammentarie e confuse informazioni.

D'altra parte questi casi, di grande importanza chirurgica nella pratica corrente, rientrano nel dominio della patologia ordinaria del tempo di pace non presentando nulla di particolare; al contrario nelle osservazioni, che ci occorrono in chirurgia di guerra, accanto ai casi comuni di lesioni, di sezioni complete od incomplete di nervi, abbiamo casi speciali, e sono i più frequenti ed i più numerosi, i quali presentano sindromi diverse in cui predomina come sintomo patognomonico il dolore, sindromi che hanno per base anatomica lesioni speciali, che non accade di osservare correntemente nella comune pratica chirurgica.

Ne fanno fede i casi surriferiti e specialmente il 3° ed il 4°, nei quali il sintomo dolore si sovrapponeva ad ogni altro sintomo oggettivo. Ciò era particolarmente evidente nel caso 4°, nel quale, oltre al dolore nel braccio colpito, si aveva un vero eretismo nella sensibilità generale dolorifica sotto forma di accessi con contrazioni tonico-cloniche, quasi epilettiformi, diffuse a tutto il corpo.

Il paziente stava raggomitolato nel letto in uno stato di ansia, di spasmo doloroso, che si accentuava e si estendeva a tutte le estremità per la minima causa: luce troppo viva, passaggio di qualche persona attorno al letto, passaggio di un veicolo nella strada. Non si poteva toccarlo anche leggermente in qualunque parte del corpo, specialmente alla pianta dei piedi, non si poteva tastargli il polso, anche dal lato sano, senza provocare questa vera scarica dolorosa, che rendeva l'ammalato in uno stato compassionevole.

Se le parestesie localizzate potevano spiegarsi come una sindrome di neurite, la stessa patogenesi non si sarebbe potuta invocare per spiegare la sintomatologia dolorifica generale. E' questo, secondo me, il punto interessante nel quadro sintomatico presentato dall'ammalato e che non trova riscontro in alcun caso analogo occorsomi, nè nelle ricerche da me fatte nella letteratura sull'argomento.

Un altro fatto non meno interessante posto in rilievo nel nostro paziente nel decorso postoperativo è il ricupero rapido dei movimenti in dipendenza del territorio di distribuzione del nervo mediano nonostante la sua completa sezione, subito seguita da sutura, praticata per escidere il neuroma.

A questo riguardo è necessario riassumere brevemente qualche considerazione in rapporto alla fisiopatologia dei nervi periferici.

Noi sappiamo che sono tre le teorie che si contendono il campo nello stabilire la modalità del ripristino di funzione dei tronchi nervosi sezionati.

Si pensò dapprima alla rigenerazione del moncone periferico del nervo diviso per accrescimento in senso centrifugo del cilindrassile del moncone centrale e per la graduale sostituzione nel moncone periferico delle fibre neoformate a quelle degenerate. Questa teoria, basata specialmente sopra le esperienze e gli studî fisiologici di Ranvier, rispondeva a molte esigenze e per molto tempo tenne il campo senza discussione. Ora, ammesso che le fibre nervose non sono altro che prolungamenti delle cellule gangliari o delle cellule delle corna grigie anteriori e che i prolungamenti cellulari, una volta separati dalle cellule, che ne costituiscono il centro trofico, debbono degenerare nel tratto situato oltre la sezione, si doveva necessariamente ammettere l'ipotesi che il ripristino della funzione dipendesse da rigenerazione delle fibre stesse.

In altre parole veniva stabilito che la porzione superiore del nervo sezionato si assumeva l'incarico della neoformazione delle fibre nervose, che dovevano provvedere all'innervazione di tutto il territorio di distribuzione del nervo stesso e che la porzione inferiore serviva da conduttore delle fibre neoformate.

Questa teoria della rigenerazione delle fibre del moncone periferico dall'accrescersi e moltiplicarsi dei cilindrossili del moncone centrale ha trovato in seguito numerosi oppositori: Büngner, Galeotti e Levi, Ziegler, Kennedy, Wieting ed altri ancora. Secondo questi autori si dovrebbe ammettere che le fibre nervose non siano da considerarsi come semplici prolungamenti delle cellule gangliari, ma che abbiano un'origine pluricellulare. La porzione degenerata delle fibre nervose deriverebbe dagli elementi della guaina di Schvann. Con ciò si veniva a stabilire che la rigenerazione dovesse avvenire contemporaneamente nel moncone centrale ed in quello periferico. A queste due teorie infine se ne venne ad aggiungere una terza, che merita speciale considerazione da parte dei chirurghi. Marenghi, riferendosi ad una lunga serie di esperienze accurate, riportò la convinzione che «il ristabilirsi della funzione motoria non è indissolubilmente legato ad una rigenerazione delle fibre nervose, ma

la funzione di un territorio si può ripristinare per vie nervose collaterali ». Ciò che era ammesso possibile per la funzione sensitiva, lo è divenuto invece, secondo Marenghi, per la motoria.

Il ristabilirsi della motilità nel territorio del nervo leso era prima dato come una prova assoluta, che il nervo aveva riacquistato la proprietà di condurre gli stimoli e che quindi erasi rigenerato. Marenghi invece ha constatato che nei casi nei quali la motilità erasi ristabilita, nella cicatrice non esistevano mai fibre nervose, che nessun fatto parlava in favore di una rigenerazione o di una neoformazione nel moncone centrale o periferico e che le fibre nervose, che negli esami istologici si osservano a distanza dalla cicatrice, derivavano da un'immissione di fibre da altre fonti. A stabilire poi donde si originassero questi fasci nervosi, che si immettevano nel moncone periferico, Marenghi, in un cane nel quale dopo sezione completa dello sciatico erasi ottenuta guarigione con ripristino funzionale della motilità, sezionò il crurale e constatò subito dopo evidentemente la sindrome caratteristica di paralisi per sezione dello sciatico.

L'Autore concluse che le fibre, le quali avevano ripristinato la funzione motoria nei muscoli innervati dallo sciatico, provenivano dal crurale.

Il Marenghi inoltre con l'esame istologico osservò costantemente che anche nei casi in cui si ripristinava la funzione motoria, le fibre nervose del moncone centrale si arrestavano al disopra della cicatrice, che fibre nervose normali si trovano nel moncone periferico e che infine sia le une che le altre non dimostrano alcun rapporto di continuità, ciò che veniva pure dimostrato dall'esperienza fisiologica, poichè esse alla prova dell'eccitabilità elettrica dimostravano assoluta mancanza di conduzione fra moncone centrale e moncone distale attraverso il nervo.

Non è scopo di questa mia breve memoria di voler prendere in considerazione l'una piuttosto che l'altra di queste teorie, ma volendomi riferire a quello che mi venne dato di rilevare nel caso occorsomi, mi pare ovvio che il miglioramento ed il rapido ripristino della motilità, che ho avuto occasione di riscontrare nella mia osservazione, dopo l'estirpazione del neuroma, non prova nulla per la conduzione attraverso le fibre nervose, che hanno subito l'innesto.

Sovente infatti si sono osservati, dopo la recentazione delle estremità nervose sezionate e suturate, ritorni rapidi di sensibilità. Per spiegare questo fatto si è dovuto ricorrere ad una ipotesi. Si è ammesso, cioè, che si trattasse di conduzione attraverso vie collaterali, i cui centri innanzi l'atto operativo erano sottoposti all'inibizione prodotta dal neuroma o da altre cause, che alteravano l'estremità del moncone centrale del nervo. Al togliere della causa permanente di inibizione i centri nervosi avrebbero riacquistata la loro funzione e la sensibilità si sarebbe così ripristinata.

Questi fenomeni di inibizione e di ritorno di funzione col togliere la causa di quella, che un tempo venivano ammessi per la sola sensibilità, attualmente con gli studi del Marenghi vengono ammessi parimenti per la motilità.

Le esperienze del Marenghi dimostrano evidentemente che pure la motilità può ritornare per vie collaterali, in tal caso non esiste difficoltà alcuna pensare, che quando, dopo un atto operativo sopra un nervo si ha immediato e rapido ritorno della funzione motoria, questo avvenga con lo stesso meccanismo, che si era già ammesso per il ritorno della sensibilità.

Stabilito quindi sperimentalmente e clinicamente, che la funzione dopo la neurotomia può ritornare nel territorio dipendente dal nervo diviso, lungo vie collaterali, è d'uopo ammettere che il rapido ristabilirsi della funzione del nervo sezionato nel nostro ammalato debba riferirsi appunto a questa modalità di ripristino funzionale.

Riassumendo in base alle nostre osservazioni, incoraggiati dai risultati delle prime operazioni ed edotti dall'esame diretto delle lesioni osservate durante i nostri interventi, dobbiamo insistere sulla necessità di attirare l'attenzione dei medici e dei chirurghi su queste paralisi dolorose, acciocchè tutti i feriti, che ne sono affetti siano sottoposti a diligente esame ed osservati il più presto possibile.

Quando la paralisi esiste sola, senza dolori, è ovvio come sia discutibile se seguire la regola classica ed attendere che la cicatrizzazione della piaga sia completamente giunta a termine per operare in campo asettico, oppure intervenire in tempo utile ad impedire le atrofie muscolari, le rigidità, le anchilosi. Ma quando esistono dolori intensi l'intervento precoce, senza attendere la cicatrizzazione, è giustificato dall'impossibilità di lenire altrimenti dolori così penosi e dal pericolo di lasciare sviluppare lesioni sempre più gravi del nervo, sotto l'influenza della progressiva coartazione della cicatrice.

Ed ora ecco alcune regole generali, che devono costituire la base fondamentale della tecnica in questi interventi.

Resezione larga di tutta la cicatrice cutanea con la massa di indurimento sottostante, dissezione del tronco nervoso messo allo scoperto al di sopra ed al di sotto della regione cicatriziale, tempo questo che richiede molta diligenza e pazienza, perchè frequentemente molto laborioso. Durante questo tempo e per il decorso ulteriore dell'operazione è utile irrorare continuamente il nervo con un getto di siero fisiologico tiepido.

È necessario mettere in seguito il nervo al riparo di qualunque retrazione cicatriziale e per questo, non lasciarlo in mezzo ai tessuti cruenti ed ancora infiltrati della breccia operatoria, ma affondarlo e ricoprirlo con tessuti sani (muscoli, aponeurosi circostanti). In fine se i bordi della breccia residua all'estirpazione della cicatrice cutanea non si possono avvicinare con semplice sutura, ma bisogna sottoporli a stiramento, è necessario scolpire un lembo cutaneo della cicatrice con il quale verrà ricolmata la perdita di sostanza della cute.

NOTE PREVENTIVE.

STAZIONE SANITARIA MARITTIMA DI COTRONE.

Sul batterio bipolare dell'influenza (febbre spagnuola).

2ª Nota del prof. R. CIAURI, magg. medico, docente di patologia medica, e del dott. V. IGNACCOLO, tenente medico.

Nella precedente nota preventiva, da uno di noi pubblicata (1), veniva segnalata all'attenzione del pubblico la presenza nel sangue e nell'espettorato degli ammalati (militari e civili) dell'attuale infezione pandemica, di un germe che per le sue proprietà morfologiche e patogeniche poteva definirsi come *batterio bipolare diplomorfo emosettico*.

Siccome gli studi sono stati continuati su vasto materiale ed indirizzati alla soluzione di alcuni problemi riguardanti la biologia di tale batterio in rapporto alle infezioni sperimentali ed alla epidemiologia, crediamo conveniente far conoscere gli ulteriori risultati delle differenti serie di esperienze instituite.

1° *Morfologia e colture.* — Interessa innanzi tutto far conoscere che gli insemenzamenti del sangue, prelevato da una vena del braccio dell'ammalato, non sempre dànno risultato nelle prime ventiquattro ore e che talvolta bisogna attendere con pazienza fino al quinto giorno per avere un risultato positivo.

In questo fatto, in attesa che si possa utilizzare un terreno di cultura più adatto di quelli ordinari, il microrganismo dimostra una certa resistenza allo sviluppo nei terreni artificiali ordinari.

Quando il germe si è sviluppato, esso dimostra però una particolare adattabilità ai terreni ordinari dove i trapianti successivi dànno buono esito entro le ventiquattro ore.

Un fenomeno degno di rilievo è costituito dal fatto che nei successivi trapianti può perdersi parzialmente l'aspetto di germe a colorazione bipolare; tale fatto, in assenza di dati sperimentali positivi dal punto di vista delle inoculazioni agli animali, non è per ora risolvibile; perocchè nelle inoculazioni alle cavie, ai conigli ed ai polli non si è dimostrata una qualsiasi modificazione di virulenza.

Altro punto importante è costituito dal particolare metacromatismo che offre qualche volta tale germe; per es. capita che, colorando con le soluzioni diluite di fucsina, la forma α del germe si colori decisamente in violetto mentre la forma β si colori in rosso.

2° *Ricerca del germe nell'urina.* — Insemenzando le urine degli ammalati durante il periodo di stato della malattia e durante i primi giorni della convalescenza si riesce ad isolare o ad avere in coltura pura nel primo insemenzamento il germe bipolare.

Lo sviluppo si ha un po' tardivamente, al di là delle 48 ore.

3° *Ricerca del germe nell'aria dei colpi di tosse.* — Esponendo delle scatole di agar a distanza variabile dai 25 ai 40 cm. dalla bocca dell'ammalato che si invita a tossire, si ha, tra le 24 o 48 ore, lo sviluppo talvolta in istato di purezza del germe bipolare.

Nell'espettorato dei convalescenti si riscontra per alcuni giorni il medesimo germe.

4° *Infezione sperimentale.* — Fin'oggi, non avendo mezzi per potere esperimentare in altri animali, le ricerche sono state estese alle cavie, ai conigli ed ai polli. Nessuno degli animali è morto spontaneamente, anche 15 o 20 giorni dopo avere inoculato patine integrali di colture in agar a becco di clarino. Tranne l'ipotermia nelle cavie e leggieri sbalzi di temperatura nei conigli, nulla si è rinvenuto di notevole macroscopicamente al sito di inoculazione e nei visceri. Si verifica frequentemente una set-

---

(1) *Policlinico*, n. 39, 29 settembre 1918.

ticemia la quale sembra compatibile con la lunga sopravvivenza degli animali.

5° *Comportamento del batterio bipolare di fronte agli agenti fisici e chimici.* — A 55° occorrono 5 ore per annullare ogni proprietà vegetativa.

Col calore umido a 100° (pentola di Koch) dopo un'ora non si ha più alcun sviluppo.

Col calore secco a 80° dopo un'ora gli insemenzamenti riescono positivi.

A 0° e nella miscela frigorifera di ghiaccio e sale, anche dopo 5 ore, il batterio dà ulteriore sviluppo.

Nessun potere dimostrano le soluzioni di sublimato all'1 : 200000 ed all'1 : 100000 rispettivamente dopo 15′ e 3′.

Conclusioni. — Ancora una volta bisogna concludere che il controllo della infezione negli animali e lo studio delle reazioni immunitarie, sono finora riusciti negativi.

Però, fermo restando il concetto che l'attuale epidemia sia clinicamente la classica influenza e restando impregiudicata la questione dell'interpretazione della forma α Gram-positiva e della forma β Gram-negativa la quale ultima potrebbe forse essere ritenuta come forma di conservazione del germe bipolare, non possedendosi ancora oggi elementi sufficienti per stabilire categoricamente la sistemazione di tale batterio, ci sembra che le nuove ricerche siano molto concludenti in riguardo alla epidemiologia e conseguentemente alle profilassi di questa infezione.

Come uno di noi aveva già enunciato in maniera ipotetica nella nota preventiva su citata, le esperienze di laboratorio hanno dimostrato in modo indiscutibile che l'aria che circonda gli ammalati di tale infezione, quando esistono complicazioni di qualsiasi entità respiratorie, è inquinata dal germe bipolare.

Altre ricerche hanno pure dimostrato che anche l'urina dei malati e dei convalescenti contiene lo stesso germe: ciò convalida ancora di più il concetto che l'influenza non sia in fondo che una vera e propria setticemia.

Corollarii profilattici, a parte le misure comuni a tutte le affezioni contagiose, delle precedenti conclusioni sembrano i seguenti:

a) Essendo l'espettorato il veicolo principale di disseminazione occorre rivolgere tutta l'attenzione alla disinfezione di esso. Ma, dato che il pericolo del contagio immediato sta sopratutto nell'aria delle camere dei malati, si impone: 1° che l'aria circoli liberamente con tutta la sua azione ossigenatrice nelle infermerie; 2° che siano rigorosamente protetti contro la inalazione dei germi tutti i medici e gli assistenti; a tale uopo è consigliabile che tale personale sia munito di maschere naso-boccali con materiale filtrante, semplice od imbevuto di olii essenziali (mentolo, eucaliptolo, ecc.).

b) Dato che le urine contengono il germe, sia nel periodo di stato che durante la convalescenza, occorre, per le ragioni accennate nel precedente paragrafo, considerare pericolosi per la diffusione del contagio pure i convalescenti di tale malattia.

In relazione alla natura setticemica dell'affezione, nell'attuale deficienza di una immunoterapia, sarebbe da tentarsi la terapia endovenosa (sublimato corrosivo, metalli colloidali).

Cotrone, 1° ottobre 1918.

NOTE CLINICHE.

INFERMERIA DI CORPO DI...

L'attivazione stricnica dell'accesso malarico.

Dottori ENRICO VECCHIA e MARIO SEGRE, ten. med.

Non si può più ormai dubitare della diretta importanza che hanno talvolta nelle recidive malariche certi fattori, nettamente connessi all'esplodere dell'accesso febbrile, quali i traumi, le perfrigerazioni, lievi forme morbose concomitanti, per quanto sia ancora misterioso il loro meccanismo d'azione, che pare muovere precipuamente da una diminuzione della resistenza organica.

Un'attivazione intensa e rapida di tutte le funzioni fisiche non sembra avere un diverso comportarsi nei riguardi della produzione dell'accesso malarico, e crediamo di dover segnalare le nostre osservazioni in proposito, perchè dalla semplice constatazione del fatto può nascere un problema di terapia speciale di assai maggiore importanza.

Ci colpì, così, nella nostra non breve campagna malarica in Albania, il sorgere, sia immediatamente sia con piccola successione di tempo, dei tipici accessi febbrili dopo la somministrazione di preparati stricnici a pazienti i quali soffrivano di forme croniche latenti e che magari da molto, compiendo insieme la cura chininica, non avevano più avuto recidiva.

Anzi abbiamo potuto rilevare accessi febbrili di natura indubbiamente malarica in individui che, per certo, sino allora mai avevano avuto manifestazioni cliniche di paludismo, e per i quali, date le condizioni di luogo e di tempo, l'infezione doveva risalire a diversi mesi.

La cura stricnica per questi ammalati era stata intrapresa per fronteggiare fatti mor-

bosi, che parevano assolutamente esulare da ogni sindrome malarica.

L'accesso classico appariva improvviso e rapido nei suoi tre stadi: qualcosa, insomma, come una reazione vivace ad uno stimolo intenso.

Primieramente abbiamo potuto osservare questi fatti in una serie di recidive malariche a sindrome nettamente astenica, cosa, del resto, assai frequente nella regione. I pazienti accusavano nei postumi, anche lontani, una prostrazione ostinata, che neppure il riposo a letto migliorava, senso di stanchezza muscolare alle fatiche più lievi; esisteva ipotensione arteriosa e, talvolta, ipotermia.

Orbene, intervenendo con una terapia stricnica a dosi piuttosto elevate, si riusciva a dominare il quadro astenico generale, ma fatalmente compariva, dopo tre o quattro giorni in media, una nuova recidiva febbrile caratteristica, per quanto, naturalmente, sempre si fosse insieme continuata la consueta, severa cura chininica. La milza partecipava nettamente al quadro morboso ingrandita e dolente.

Ventun casi — tutti malarici, ai quali dopo un certo momento si era associata alla normale terapia chininica una cura stricnica ad alte dosi — riuscirono particolarmente interessanti nella loro evoluzione di tempo: immediatamente comparve il classico accesso febbrile.

Uguale esito si ebbe in un soldato malarico cronico e da mesi senza crisi febbrili, della ... batteria, affetto da ipotonia dello sfintere vescicale, per la quale si era dovuto intraprendere una cura neurotonica a base stricnica.

Questi fenomeni, ripetutisi in modo così evidente, hanno fatto sì che ogniqualvolta clinicamente si sarebbe dovuto stabilire sensibili cure stricniche in individui malarici, o da lungo tempo in queste regioni e quindi fatalmente infetti anche se non avevano avuto manifestazioni esteriori, da noi non si osò più ricorrere a questo rimedio, data la certezza quasi assoluta dell'esplodere del tipico accesso febbrile.

Pure non invocando un'azione specifica diretta della stricnina sui plasmodî della malaria, è certo che v'ha un nesso fra le sue fervide proprietà stimolatrici ed il vicino prodursi dell'accesso febbrile. Sappiamo quanto agisca su tutte le funzioni organiche, e, specialmente ad alte dosi, sulle ghiandole a secrezione interna, sul sistema emopoietico, sui muscoli a fibre lisce. Così i gameti, che profondamente s'annidano negli organi interni, cagionando poi a distanza la recidiva, e che sovente non si riescono a mettere in evidenza nel sangue periferico, sono coll'attivazione stricnica sospinti, svelati.

L'accesso che si desta può verisimilmente imputarsi ad una partenogenesi di questi elementi messi in circolo.

Da queste brevi constatazioni viene logico domandarsi se, associando ad una cura specifica chininica un contemporaneo trattamento stricnico, non si renda anche in certo modo più vulnerabile all'azione del medicamento specifico il parassita, e questo specialmente in quelle forme croniche a tipo irregolare, in cui pare che il plasmodio sia divenuto chinino-resistente, qualunque sia la maniera di somministrazione del rimedio.

Subito appare l'importanza di una simile evenienza nella terapia della malaria, di questa forma morbosa che, a buon diritto, si può chiamare la più recidivante fra le malattie protozoarie, e che continua a sottrarre tanti validi soldati alla Patria.

Insieme alla cura chininica, severa e a dosi massive e discontinue, si dovrebbe unire il trattamento stricnico per essere sicuri di avere ad ogni modo esacerbato e tratto il parassita dai profondi suoi recessi. Il ciclo torpido e nascosto sarebbe finalmente abolito; l'ammalato riportato a salute certa senza l'attuale dolorosa appendice di mille recidive dopo cure sopra cure e lunghe ospedalizzazioni.

Anzi, per maggior sicurezza, siamo persuasi che, ad ogni malarico da dimettersi da luogo di cura, riuscirebbe molto utile praticare sistematicamente per qualche giorno iniezioni di stricnina ad alte dosi, come reazione probativa di sicura e definitiva guarigione.

NOTE DI TECNICA.

II AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA diretta dal ten. colonn. prof. R. ALESSANDRI.

La saldatura dei fili metallici nella osteo-sintesi.

Capitano medico GUIDO EGIDI.

Regola d'arte meccanica vorrebbe che i metalli venissero uniti con saldature. Invece in chirurgia i fili e i nastri metallici, coi quali si uniscono le ossa, vengono annodati o torti in un modo che sembra semplice, ma in realtà non è nè facile per il chirurgo nè vantaggioso per lo scopo.

Le rotture sia durante l'operazione, sia più tardi avvengono quasi sempre in corrispondenza dei nodi. Essi sono spesso voluminosi e lasciano irregolarità di superficie che, in alcune regioni (nella bocca per es.), sono cagione di disturbi.

Una saldatura permette una riunione liscia, resistentissima e anche di facile esecuzione. Quasi tutti i metalli che si usano in chirurgia possono esser saldati con lo stagno. Come saldatore può servire il termo-cauterio di Paquelin, ma è preferibile quello comunemente usato dagli stagnai.

Supponiamo di voler saldare un filo d'argento col quale abbiamo riunito due frammenti ossei. Nel punto ove i fili vengono a contatto asciughiamo il sangue e tocchiamo i fili con un batuffolino appena inumidito con un mordente fatto da cloruro di zinco. Vi poniamo sopra un truciolo di stagno (ricavato col coltello da una massa più grande) e vi avviciniamo la punta del Paquelin. Immediatamente lo stagno si fonde e forma una gocciolina che raffreddandosi salda i fili. Gli estremi che non servono più si tagliano e, se restano delle punte, si nascondono anch'esse sotto un'altra goccia di stagno.

Con mezzi meno improvvisati si può procedere più speditamente. Un piccolo saldatore, costituito da un blocchetto cuneiforme di rame montato su un'asticina metallica, viene scaldato alla lampada fino a che la fiamma acquista un colore verdastro. Allora la parte sottile del cuneo viene sfregata su un blocco di cloruro d'ammonio e poi con essa si tocca la massa dello stagno. Questo liquefatto bagna il saldatore e, per mezzo di esso, viene portato sui metalli da saldare preventivamente mordenzati.

L'operazione è compiuta in un istante.

Io trovo che nell'armamentario chirurgico non sono inutile ingombro un saldatore e i pochi ingredienti necessari per usarlo. Oltre che dare la soddisfazione di fare delle eleganti saldature invece che dei brutti nodi, mi pare che vi siano dei casi nei quali una tecnica più esatta permetta vantaggi non indifferenti. Per es., un semplice filo metallico passato attraverso due frammenti e munito di bolloni ha lo stesso effetto di una legatura complicata o di una vite con dado.

Casi nei quali la tecnica speciale è proprio indispensabile sono quelli delle fratture mandibolari. Queste ora tendono a passare alle cure degli odontoiatri; ma non è invadere il campo della specialità se ci muniremo dei mezzi adatti a ridurre, a contenere e a fornire di protesi provvisoria quei feriti che, per altre lesioni, non possono essere inviati all'odontoiatra e per i quali la collaborazione dell'odontoiatra non è disponibile.

Per essi esistono numerosi tipi di protesi provvisorie, ma io non li ho mai visti usare nelle unità sanitarie avanzate e quelli dei quali ho nozione mi sembrano così complicati che forse per questo coloro che non sono specialisti non li usano. Ora a me pare che in questi casi le saldature possano render utili servigi e che l'uso di esse permetta anche ai non specialisti l'apprestamento di elementari protesi provvisorie.

II AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA.
Direttore ten. col. prof. R. ALESSANDRI.

Le resistenze liquide e la praticità del loro impiego per la cistoscopia

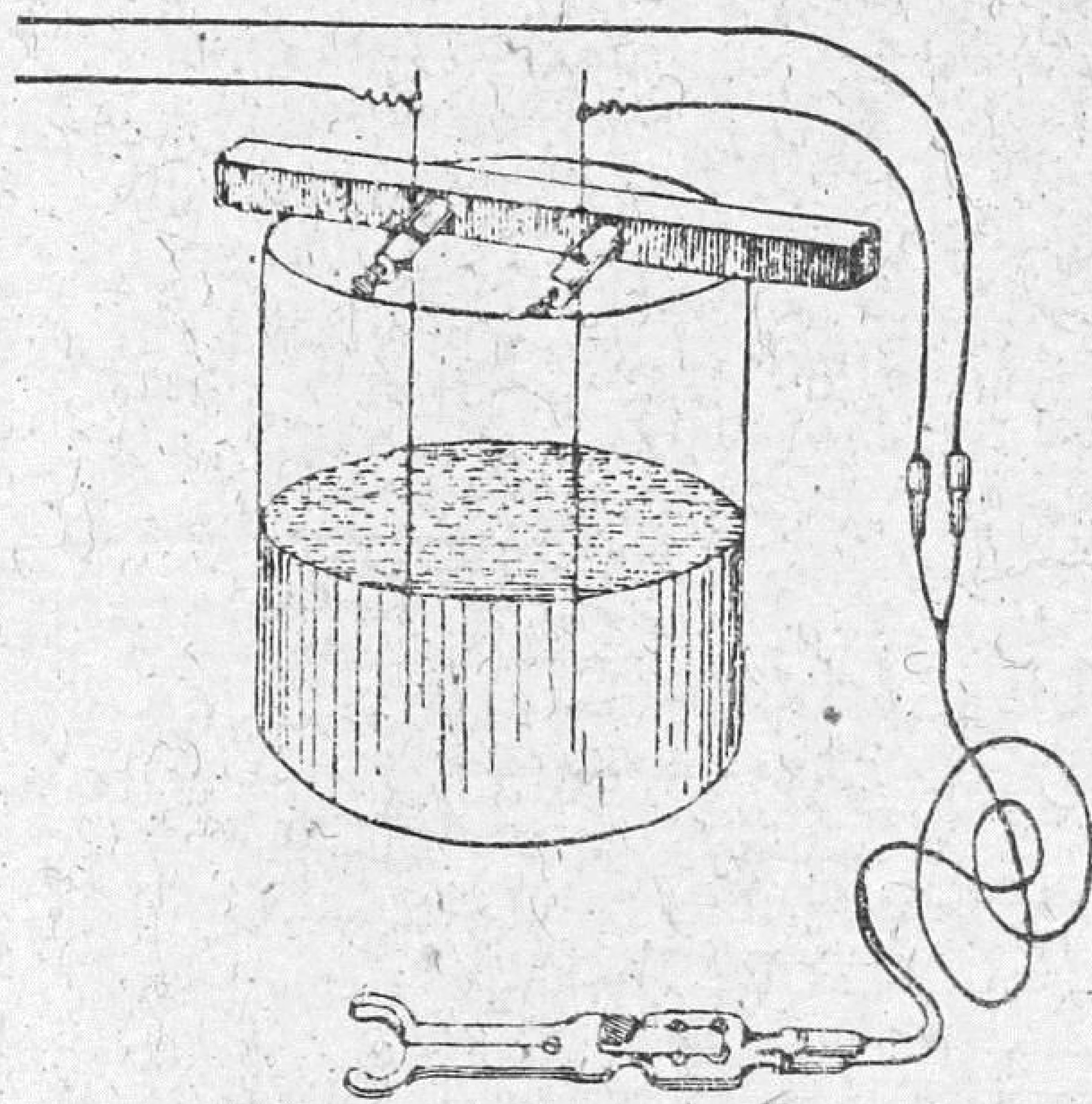
per il cap. med. GUIDO EGIDI.

Se due reofori vengono immersi nell'acqua, la corrente elettrica incontrerà la resistenza dello strato liquido interposto.

In un conduttore la resistenza $R = r \frac{l}{s}$

r è la resistenza specifica del conduttore, la quale per l'acqua è molto più elevata di quella dei metalli con i quali si costruiscono i comuni reostati. Noi non possiamo modificarla che modificandone la composizione chimica; ma ciò non ha interesse per lo scopo.

l è la lunghezza. Allontanando o avvicinando uno all'altro i due reofori, aumentiamo o diminuiamo la lunghezza del conduttore liquido e perciò anche la sua resistenza.



s è la sezione. Questa sarà maggiore o minore, secondo che i reofori saranno più o meno immersi. La resistenza varierà in senso inverso.

Con un bicchier d'acqua e 2 fili metallici si può fabbricare un reostato. Dei serrafili applicati su un pezzo di legno ne renderanno agevole la graduazione e l'uso con qualunque corrente.

Per erogare da una linea a 100-120 *volts* la potenza occorrente a una comune lampada da cistoscopio (senza correre rischio di fulminarla) bastano 2 fili di ferro del diametro di 1 mm., distanti uno dall'altro 3-4 cm. e immersi nell'acqua per 4-5 cm.

SERVIZI SANITARI.

I mutilati del viso ed i rinologi.

Nei numeri 23 e 24 (30 luglio e 10 agosto 1918) dell'*Avvenire Sanitario*, il dott. Villa, in due interessanti articoli, tratta del problema dei mutilati del viso e delle complesse numerose questioni attinenti all'importante argomento. Tra queste il Villa ricorda l'utilità dell'opera rinoiatrica nell'assistenza per il dopo guerra di questi sventurati gloriosissimi nostri feriti e deplora l'assenteismo dimostrato finora in proposito dai rinologi. Data la palpitante dolorosa attualità del problema e data la sua importanza futura, mi sembra utile di richiamare l'attenzione dei colleghi specialisti sull'appunto, a mio avviso giustissimo, mossoci dal Villa, con la speranza che questo mio scritto valga a suscitare nel nostro campo un fecondo interesse intorno all'argomento ed a stimolare utili energie fattive.

Chi siano i mutilati del viso, quali le caratteristiche, quali i criteri scientifici e pratici che portarono alla individualizzazione di questo speciale gruppo di invalidi, da chi e con quali nobili intendimenti esso sia patrocinato, è troppo noto ed a me basterà riassumere brevemente i principali termini della questione.

È al Maggioni, allorchè egli presiedeva la Federazione Stomatologica Italiana, che si deve la prima idea ed il primo impulso in merito. Preoccupato dalla frequenza ed importanza delle ferite alla faccia, dalle atroci sofferenze immediate e dalla profonda depressione che esse arrecano ed in previsione delle conseguenze morali, sociali, economiche che possono produrre, egli poneva il problema fin dal luglio 1916, scrivendo in un memoriale al Ministro degli interni ed a S. E. Luzzatti, rispettivamente per la Commissione centrale e la Commissione parlamentare per gl'invalidi della guerra: «*Il mutilato della faccia* non costituisce soltanto un individuo divenuto brutto, ma per le profonde lesioni del naso, degli occhi e dell'orbita, della bocca, delle guance, ecc., ostacolanti e compromettenti quasi tutte le sue funzioni vitali, non può egli certo considerarsi un «valore sociale» superiore al mutilato delle braccia e delle gambe. Cosicchè il mutilato del viso per la sua cura completa e per il futuro mantenimento e *perfezionamento* di essa, abbisognerà nel dopo guerra di varie e diverse specialità ed assistenze chirurgiche e protesiche *riunite* armonicamente attorno allo scempio del suo volto e *non può quindi costituire soltanto oggetto di cure stomatologiche*, o come anche, con nuove parole, si volle dire, di cure bucco-mascellari».

Le chiare, logiche, ampie vedute del Maggioni se trovarono subito larghissimo appoggio ed incoraggiamento nell'opinione pubblica, non incontrarono invece agevolmente fra gli aggruppamenti tecnici quel pronto, unanime, fervido consenso che era giusto attendersi data la praticità del programma, la nobiltà d'intenti a cui era ispirato, l'interesse superiore del ferito che era posto direttamente in causa.

Nel campo stomatoiatrico si agitarono talora correnti contrarie con tendenza a rimpicciolire ed a deformare il problema, a far prevalere la più ristretta figura dell'invalido «buccale», di fronte a quella più completa e più vasta tratteggiata dal Maggioni. Scarsissime per non dire nulle furono, per quanto a me consta, le ripercussioni avute dall'iniziativa del Maggioni fra gli oculisti ed i rinologi, pur chiamati direttamente in causa; tra noi in modo particolare parmi che l'argomento sia passato del tutto inosservato e che l'appello del Maggioni alla «cooperazione specialistica», mi si passi la frase, non abbia avuto eco alcuna.

Il Maggioni tuttavia, profondamente convinto della bontà della causa, continuò con tenace fede di apostolo a propugnarla ed a volgarizzarla, ottenendo una prima vittoria col riconoscimento, consacrato nel progetto di legge per gl'invalidi di guerra, della parità di diritti fra i mutilati del volto e quelli degli arti. Successivamente nel gennaio 1917, sorgeva a Milano il «Comitato Lombardo per i mutilati del viso», primo nucleo fattivo della futura organizzazione, il quale dava subito opera attivissima di assistenza e di propaganda, raccogliendo in breve un cospicuo fondo per la realizzazione del progetto. Questo, nell'idea del Maggioni, contempla il sorgere di Istituti che riuniscano in vera e non apparente comunione assidua di lavoro, in intimo costante ingranaggio assistenze stomatoiatriche, rinoiatriche, oftalmoiatriche, chirurgiche e protesiche, convergenti al conseguimento di quello *optimum* di cure che lo straziato del volto dovrà avere ed avrà dopo la guerra.

Le idee così tenacemente propugnate dal Maggioni furono oggetto di largo dibattito nel Congresso della Federazione stomatologica italiana

tenutosi a Milano nel giugno u. s.; i concetti su esposti raccolsero plausi e consensi, non ostante le inevitabili divergenze di opinioni e di vedute di alcuni pochi soci.

Di fronte però a questi dati, dirò così positivi, del problema, ne sussistono altri e non pochi di negativi. L'attuazione del programma del Maggioni urta tuttora — e non certo per cause imputabili al programma stesso — contro ostacoli e difficoltà di varia natura e di diversa origine. Così, ad esempio, successe, ed il Villa lo fa malinconicamente rilevare in uno dei due articoli su citati, che in occasione del Convegno nazionale per l'assistenza degli invalidi di guerra, che doveva tenersi nel novembre 1917, i mutilati del viso non esistevano! E non solo non esistevano come tali nella loro figura completa, ma nemmeno si potevano ricostruire fondendo le diverse «figure» d'invalidità segnate nel Convegno, non fosse altro perchè mancava interamente una sezione otorino-laringoiatrica, «con che, scrive il Villa, si creava un largo... squarcio nella completa immagine e comprensione del volto». La deficienza lamentata dal Villa, come dicevo in principio di questo mio articolo, parmi non debba essere lasciata inavvertita, ma debba anzi essere conosciuta e discussa nel nostro campo, allo scopo di provvedere in tempo a riparare alle manchevolezze del passato (come finalmente sembra si stia per fare) ed a impedire che esse si ripetano nell'avvenire.

Che il concetto di «mutilato della faccia» debba essere difeso e sostenuto da noi rinologi, mi sembra certo. Si tratta invero di una concezione larga, complessa, sanzionata da ottime ragioni scientifiche e pratiche e da motivi etici d'indole altissima. Esula dal programma qualsiasi particolare interesse dell'una o dell'altra specialità, di una od altra scuola: si propugna solo la fusione delle specialità del capo su di un piede di perfetta eguaglianza, in un saldo organico fascio, in un vero affratellamento, in una reale cooperazione diretta a beneficare chi ha dato la propria opera ed il proprio sangue per la Patria.

Una volta riconosciuti i pregi e la necessità della proposta istituzione, è intuitivo che la nostra collaborazione non debba mancare. Le ferite del naso e dei seni della faccia non sono affatto infrequenti; le conseguenze immediate e remote sono tutt'altro che trascurabili ed il campo aperto alla nostra attività è vastissimo e promettente.

Basta pensare solo al sempre dibattuto e vasto problema delle plastiche!

Del resto per dimostrare la ragionevolezza della proposta del Maggioni è sufficiente rammentare di quali fecondi risultati sia stata ricca l'opera svolta dai riparti specializzati in zona di guerra e la tendenza spontaneamente manifestatasi in tutte le Armate a riunire in un unico centro, e spesso in un unico ospedale, i detti riparti. Ciò corrispondeva ad un bisogno sentitissimo ovunque, appunto perchè in uno stesso ferito necessitano ad un tempo l'opera e le risorse tecniche specializzate di più colleghi. Se la cooperazione specialistica tra le specialità del capo sorse e s'impose già durante la guerra con ottimi esiti, *a fortiori* essa dovrà essere mantenuta e perfezionata nel dopo guerra, quando si dovranno completare cure iniziate, provvedere a protesi definitive, a rieducazione di funzioni, a miglioramento di risultati precedentemente ottenuti, e con ideazioni sempre nuove e sempre nuove ricerche di mezzi, di apparecchi, di metodi terapeutici si dovranno rendere meno sensibili per il malato e meno dannose per la società le conseguenze delle mutilazioni esistenti. La bontà del programma del Maggioni mi pare pertanto indiscutibile, ed indiscutibile quindi la necessità di unire la nostra voce ed i nostri sforzi per la realizzazione *integrale* del progetto. Così facendo noi non solo salvaguarderemo i diritti della nostra specialità, ma faremo altresì opera profondamente patriottica ed umanitaria.

Quanto ai mezzi pratici per il conseguimento del fine proposto, ritengo che, oltre alla parola autorevole dei nostri Maestri potrebbe riuscire utile un'azione svolta dalla nostra Società italiana di Laringologia, Rinologia ed Otologia.

Di questo però non è il caso che io parli ora: a me basta per il momento di aver prospettato la questione e di averne additata l'importanza pratica e la nobile idealità che la anima.

Bari, settembre 1918.

Prof. dott. F. BRUNETTI.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Alcuni principii e problemi riguardo al trattamento delle fratture da arma da fuoco.

(HEY GROVES. *British medical Journal*).

Il trattamento delle gravi ferite da armi da fuoco è nelle condizioni attuali un problema nuovo, da risolvere con nuovi metodi. Non che tali fratture siano una novità, ma, nella odierna grande guerra europea, noi abbiamo a nostra disposizione i mezzi della chirurgia asettica e il grande aiuto della radiografia. E, con le moderne acquisizioni scientifiche, non possiamo tralasciare alcun tentativo, non solo per salvare l'arto, ma per preservarne la forma e la funzione.

I PROBLEMI DEL TRATTAMENTO DELLA FERITA.

Fu detto assai bene che ogni caso grave di frattura per arma da fuoco presenta due stadii: nel primo si tratta di una ferita complicata da una frattura, nel secondo di una frattura complicata da una ferita; la ferita infetta richiama dapprima l'attenzione e finchè non sia ricondotta in buone condizioni è inutile completare la restituzione della continuità ossea.

Ma anzitutto la prima cosa è una buona immobilizzazione che permetta in primo tempo la medicatura frequente senza movimenti e senza mutare la posizione relativa dei frammenti, che garantisca in secondo tempo il consolidamento corretto della frattura. Posto ciò, passiamo al trattamento della ferita per sè.

Nel primo periodo (48 h) l'ideale sarebbe disinfettare ogni ferita con l'escissione e la rimozione dei corpi estranei; a 7-10 giorni dalla lesione la disinfezione della ferita non può far sperare nulla e occorre adottare un metodo elettivo, lasciando a sè quelle in cui l'infezione non è comparsa, e aprendo quelle in cui essa si è manifestata. Tuttavia, se nei casi estremi ed evidenti è assai semplice seguire queste massime, esiste una lunga serie intermedia nei quali il dubbio si impone; una gran parte di questi casi decorrono assai bene senza incisione alcuna, ma talvolta un disastro è la conseguenza di un metodo aspettante. L'unica regola sicura sembra sia di aprire in tutti i casi in cui si ha qualche dubbio.

Riguardo al metodo di operazione si può dire soltanto che nulla è in realtà soddisfacente, salvo il lasciare aperto l'intero tragitto sino all'osso, sì da lasciare un largo deflusso. Nella coscia la posizione ideale per il drenaggio sta fra il vasto esterno e il bicipite e, con una incisione trasversa parziale di ambedue questi muscoli, si costituisce una ferita che, per la tendenza a esser mantenuta aperta per le contrazioni muscolari, gode di un auto-drenaggio. Il mezzo di medicatura migliore è costituito da zaffi di garza poco densi, con l'aggiunta eventuale di tavolette di sale, e, se necessario, di tubi per irrigazione. Diverticoli o scollamenti debbono sempre e subito essere aperti, a meno che ciò non sia possibile per le condizioni anatomiche, come al lato interno della coscia, per la presenza di grossi vasi e nervi. In tale caso si porrà la massima cura all'applicazione di un buon drenaggio.

L'A. non si pronunzia sui vantaggi relativi dei varii antisettici o medicamenti linfagoghi, perchè la sua esperienza riguarda casi di data posteriore ai 10 giorni: e in questo periodo egli ritiene privo di speranza qualsiasi trattamento disinfettante ed unici elementi importanti il drenaggio meccanico e il lavaggio, per mezzo dei quali i tessuti possono disinfettarsi da sè stessi.

La questione dell'amputazione. — All'inizio della campagna attuale la naturale tendenza di tutti i chirurgi era conservativa; ma l'esperienza ha dimostrato attraverso a molti errori, da cui non si dichiara immune lo stesso Autore, che essa non deve essere assoluta; e tentando di salvare degli arti frantumati si sono perdute delle vite che potevano essere salvate da un'amputazione eseguita a tempo. Naturalmente l'esperienza è stata maestra.

Escludiamo anzitutto i casi disperati per la gravità della ferita e per l'intensità dell'infezione; in questi l'amputare o no è perfettamente lo stesso; sono votati alla morte. Dei rimanenti quelli in cui un'amputazione a suo tempo avrebbe impedito la morte rientrano in due categorie anatomiche, le fratture del femore e dell'omero, e in quattro circostanze patologiche: infezione concomitante dell'articolazione del ginocchio; emorragia secondaria; ferite della coscia gravemente aperte; perdita di una vasta porzione del femore, associato ad infezione grave. L'errore in tutti questi casi sta nell'idea che si possa sempre impunemente attendere un ultimo momento per intervenire con la demolizione.

Nessuna nota particolare va fatta sulle due prime categorie: diciamo qualche cosa sulle altre due.

Esistono talvolta delle ferite della coscia lacere ed assai infette che attraversano completamente la sezione dell'arto, mentre i grossi

vasi sono meravigliosamente salvi. In tali casi la ferita può essere ampiamente aperta solo tagliando tutti i muscoli della faccia interna sì da mantenere la continuità dell'arto, solo per mezzo dei tessuti molli della faccia esterna. Ciò può costituire appunto il primo stadio di un'amputazione in due tempi: il che ha il vantaggio di dominare lo shock e la sepsi che complicherebbero l'operazione eseguita in un tempo solo. C'è poi sempre una debole speranza che, escissi i tessuti infetti, si possa avviare la guarigione; altrimenti si procederà all'atto demolitivo.

L'ultima categoria è quella in cui sia andata perduta una gran parte del femore. Debbono esser tenute presenti, prima di decidere l'amputazione, varie circostanze. Se sono perduti 10-12 cm. dell'osso e anche più; se le estremità dell'osso residuale sono settiche o devitalizzate; se vi sono segni manifesti di assorbimento settico; allora è certamente preferibile rimuovere l'arto senza indugio, poichè nella migliore ipotesi non si potrà avere che un'arto assai più corto (a meno che non siano praticabili degli innesti ossei). D'altro lato, se una tale lesione è seguita da una rapida guarigione della ferita e il paziente si mantiene in buone condizioni generali, è sempre meglio attendere per un futuro trapianto osseo.

Il trattamento dei corpi estranei. — L'A. richiama qui l'attenzione su due tipi di errori che stanno agli estremi opposti. Il primo consiste nella ricerca affatto inutile di proiettili inoffensivi solo perchè sono stati visti su una radiografia. La rimozione di una pallottola deve considerarsi come una parte della toletta di una ferita infetta, e non piuttosto sotto l'aspetto della presenza di un corpo estraneo.

L'altro errore è assai più serio: ed è il posporre la rimozione di frammenti di scheggia finchè non ne sia stata precisata la sede coi raggi Roentgen. Se l'A. non lo avesse visto ripetute volte non si spiegherebbe come il paziente sia traslocato attraverso a varii ospedali mentre può insorgere una setticemia generale spesso fatale, quando basta semplicemente allargare la ferita di entrata e introdurre il dito per trovare per es. un frammento di granata che è quello che mantiene in una ferita a fondo cieco l'infezione. La radiografia deve essere la nostra serva e non la nostra padrona nel trattamento delle ferite da arma da fuoco. Delle ferite da scheggia infette dovrebbero essere aperte senza indugio e se esistono dei frammenti metallici come importanti fattori di sepsi possono essere facilmente rintracciati.

Il trattamento dei frammenti ossei. — Nell'occasione di controaperture e drenaggi vengono messi allo scoperto sia i monconi di frattura sia dei frammenti ossei liberi: questi vanno trattati con la massima cura e non rimossi mai, a meno che non sia evidente la perdita di vitalità, poichè ogni frammento osseo costituisce in potenza la sorgente di nuovo osso, purchè abbia sufficiente nutrimento vascolare. Per ciò se si ha a che fare con un frammento perfettamente libero da tutte le parti molli, in una ferita settica, è meglio rimuoverlo.

Il caso è differente per le estremità ossee articolari, poichè nelle articolazioni il nostro scopo deve tendere a ristabilire la mobilità. Anche nelle ossa lunghe dobbiamo preoccuparci solo di mantenere la lunghezza dell'osso: quindi i frammenti vanno rimossi. Nel ginocchio il problema è più complesso perchè sono necessarie sia la lunghezza che la mobilità; ma il discuterne esorbita dai limiti di questo articolo.

Tornando ai monconi ossei diafisari, spesso questi presentano dei tratti scoperti perfettamente nudi anche di periostio; in tali casi l'A. consiglia un metodo da lui ideato e da cui ha ottenuto notevoli successi: cioè di praticare con un piccolo trapano dei fori multipli, arrestandosi quando comincia il gemizio sanguigno; dopo uno o due giorni si vedrà che ognuno di questi fori diviene la sede di un piccolo bottone di granulazioni, e, in seguita, l'intera zona di osso apparentemente morto è sostituita da tessuto osseo di granulazione o pro-callo.

Rapporto fra il trattamento della ferita e il trattamento della frattura.

L'A. ha trovato che alla sua primitiva idea che il trattamento della ferita e quello della frattura debbano sempre esser condotti di pari passo vanno fatte delle eccezioni; e ciò nei casi di fratture complicate da ferite infette assai estese e gravi; in tali casi l'unica cura della frattura è l'immobilizzazione con una estensione sufficiente, fino a che la ferita sia avviata a guarigione. Se la deviazione dei frammenti avviene in modo da portarli vicino alla superficie della ferita tale condizione può essere mantenuta o anche accentuata perchè facilita la detersione della ferita, e permette l'eventuale traforo dei frammenti apparentemente necrotici.

Due altri fatti militano a favore di questo modo di vedere mentre uno gli è contrario. Primo: l'estensione include la tensione; e meno tensione v'è nei tessuti più facile ne è il drenaggio e migliore la resistenza naturale delle parti molli contro l'infiammazione. Inoltre deve ammettersi che un'estensione completa e adeguata può mantenersi applicata ad un arto per

un tempo relativamente limitato; è bene dunque farne uso quando l'unione ossea stia in via di attuazione.

Contro questo metodo di ritardare l'applicazione di un'estensione completa può addursi che durante questo periodo possano avvenire grandi retrazioni dei muscoli e del tessuto fibroso, che rendano assai difficile più tardi la riduzione della frattura. Si tratta di un argomento assai importante e può esser messo da parte solo per due considerazioni: che non è necessario di attendere una guarigione completa della ferita, e, durante il periodo dell'infiammazione acuta assai poco è il tessuto fibroso che si ricostituisce; che abbiamo a nostra disposizione (specie con la trasfissione) dei mezzi di estensione graduale e continua che sono in grado di vincere qualunque resistenza, purchè naturalmente non si sia già stabilita l'unione ossea.

Il problema dello spostamento secondario. — Se si lascia che un osso rotto si riunisca sotto un certo angolo o accavallamento o spostamento laterale, questa unione si effettua per mezzo di un ponte di callo, e per un lungo periodo dopo la sua formazione un tal ecallo è osseificato assai debolmente, come può esser dimostrato dall'ombra assai pallida che se ne ottiene alla radiografia. In qualunque momento durante questo periodo l'osso così saldato, se sottoposto a forte trazione muscolare o al peso del corpo si inclina e lo spostamento originale diviene assai più pronunziato.

Questo spostamento secondario è comune solo nel caso del femore, perchè è solo nella coscia che si riscontrano le forze necessarie a produrlo; e costituisce un fenomeno di importanza assai notevole che non è sufficientemente riconosciuto. Tale importanza risiede nel fatto che ogni restituzione di forma del femore che non sia perfetta diviene più tardi fonte di deformità gravi. Si legge e si ode spesso di femori fratturati così ben ristabiliti da risultarne un accorciamento di meno che due centimetri. Nella gran maggioranza tale accorciamento non è dovuto a una perdita reale di osso ma al fatto che la sovrapposizione dei frammenti non è stata completamente ridotta; e si può prevedere con una certa sicurezza che questo errore iniziale si accentuerà assai più tardi, per una sovrapposizione ulteriore o per una disposizione ad angolo. Ciò si riferisce specialmente alle fratture settiche, poichè il callo che in esse si produce, sebbene, vinta l'infezione, sia esuberante, risulta debole e assai cedevole alle forze di spostamento.

La deduzione pratica di queste considerazioni è che, quando pratichiamo la riduzione primaria del femore, dobbiamo eseguirla nel modo più completo ed accurato possibile, conoscendo che il irsultato finale è sempre suscettibile di essere meno perfetto che l'iniziale.

Il principio dell'estensione secondo l'asse. — Esso è così generalmente ammesso che non è necessario addurre degli argomenti a favore. L'unica divergenza di opinioni consiste nel metodo con il quale l'estensione deve essere applicata e mantenuta.

Per porre la questione nel modo più semplice possibile può essere stabilito che vi sono due principali punti di vista: secondo l'uno, che ha dominato la pratica per lungo tempo, era solo necessario di tirare in giù l'arto fino a che raggiungesse la sua intera lunghezza, e mantenerlo così per mezzo di una stecca o di un apparecchio contentivo, finchè il saldamento fosse completo. Secondo l'altro punto di vista, che deve l'attuale favore alla dimostrazione che dei suoi risultati ha dato la radiografia, la riduzione si ottiene con l'azione costante e graduale di un peso, che agisce lungo l'asse dell'arto, e che va mantenuta fino a saldamento completo.

Riguardo all'uso di ferule speciali l'A. si ferma solo a considerare quella di Thomas, assai diffusa in Inghilterra, e che rappresenta già un grande progresso rispetto alle vecchie ferule di legno laterali e posteriori. Consiste in un vero e proprio apparecchio che si applica dopo aver eseguito la riduzione della frattura sotto narcosi; la contro-estensione è affidata ad un anello che abbraccia la radice della coscia, mentre l'estensione si effettua bendando il piede a una stecca plantare connessa rigidamente con l'anello suddetto. Ora l'A. si dichiara contrario a questo sistema per varie ragioni; anzitutto è assai difficile riporre l'osso nella sua posizione corretta per mezzo di una trazione sul piede; in secondo luogo dai risultati pratici, secondo l'esperienza dell'A., non sono mai stati buoni; si aggiunga che tuttora da parecchi vengono proposti dei miglioramenti, il che significa che il metodo non soddisfa; infine evidentemente tale apparecchio non si presta bene alle ripetute medicature che sono richieste da una frattura esposta suppurante ed è assai suscettibile a insudiciarsi dei secreti della ferita e delle feci del paziente.

È sempre stato ammesso che il fattore principale dello spostamento dei frammenti ossei risiede nell'azione muscolare, che, piuttosto che riflessa o volontaria, deve considerarsi, in base a ciò che si vede sotto l'anestesia generale, costante ed elastica; ora come è possibile vincere questa tensione elastica se non con una trazio-

ne costante lungo l'asse osseo? Applicando una estensione costante a peso a un femore fratturato di recente, sì da tirare efficacemente sul frammento inferiore, si trova che in 24 ore la resistenza muscolare è sopraffatta, e l'osso ripristinato alla sua intera lunghezza o quasi. Non si dice con ciò che questo significhi per ogni caso una guarigione perfetta, ma ne è evidentemente un buon passo. Si aggiunga che un tale apparecchio può esser mantenuto per tre mesi senza disturbi.

Non è il caso di entrare in dettagli: si tratta in fondo dello stesso sistema patrocinato da Hodgen, Bardenheur, Codivilla, Steinmal, per non citare che i maggiori.

Quali le obiezioni? Si è detto che ogni movimento del paziente altera la tensione, che diviene, quindi, non costante ma intermittente; ma ciò non accade se l'arto è ben sospeso e se il peso è affidato a una fune che giuoca correttamente intorno a una puleggia. La controestensione è effettuata non solo dal peso del corpo, ma da una fasciatura bene imbottita applicata alla coscia sana e fissata alla testa del letto; il che ha il vantaggio non solo di impedire che il paziente venga trascinato verso i piedi del letto, ma anche di tenere la pelvi un po' inclinata verso il lato malato sì da assicurare la abduzione del femore fratturato, ciò che è di capitale importanza quando la frattura è alta.

La differenza essenziale fra i due sistemi della riduzione manuale e fissazione in un apparecchio e la estensione continua sta nella possibilità di vincere la tensione muscolare, ciò che è impossibile ad ottenersi con un singolo atto momentaneo.

È stato anche detto che l'estensione costante implica costante dolore; ciò non è vero; basta sul principio una dose di morfina e dopo 44 ore, se bene applicato, l'apparecchio a trazione è benissimo tollerato.

Infine due punti da considerare a favore di questo metodo sono: che l'arto è mantenuto in posizione di semiflessione e quindi vicino alla condizione naturale del riposo fisiologico; e che tutte le articolazioni (anca, ginocchio, collo del piede) sono libere dalla fasciatura e quindi possono essere mantenute in un discreto esercizio.

Trasfissione. — Nella discussione precedente non si è fatto cenno della trasfissione come di un elemento essenziale per l'estensione continua. Esso tuttavia in alcuni casi è assai consigliabile, e ciò nella grande maggioranza delle fratture del femore e in alcune fratture basse della gamba. Bardenheuer e la sua scuola dimostrarono già da tempo che un'estensione con soli cerotti adesivi è capace di ridurre e contenere ogni specie di frattura; ma tale metodo richiede una discreta esperienza ed implica spesso l'uso di pesi considerevoli, che provocano dolore notevole; e frequentemente sono necessari dei raccordi laterali che complicano il bendaggio. Se, invece, (limitando le nostre considerazioni alla frattura del femore) la trazione diretta è esercitata su un chiodo conficcato sul frammento distale cadono tutte le obiezioni suddette. È dimostrato dall'esperienza che il metodo non solo è assai più preciso nei suoi risultati ma è meno doloroso per il paziente e produce meno facilmente alterazioni della pelle; inoltre lascia grande libertà per il massaggio dell'arto e l'esercizio delle articolazioni.

Ma in molti casi è assai meglio usare e il cerotto e la trasfissione alternativamente, e ciò perchè spesso accade che occorra un lungo periodo per ottenere la consolidazione. Così, quando esiste una grave infezione iniziale, è meglio cominciare col cerotto, perchè la trasfissione implicherebbe il pericolo di una diffusione dell'infezione; quando questa sia vinta si applicherà la trasfissione con un peso prima forte poi più debole; da ultimo, se l'unione è ancora non salda, si tornerà al cerotto.

Una delle modificazioni più importanti consiste nell'infiggere il chiodo non nel frammento distale dell'osso fratturato, ma nell'osso sottostante. Ciò è specialmente consigliabile quando la frattura risiede nella parte distale dell'osso. L'obiezione che in tal modo si immobilizza l'articolazione intermedia e se ne stirano i legamenti è più che compensata dal fatto che il tratto trasfisso viene ad essere salvato dall'infezione; tanto più che trattandosi, nel caso più frequente, della tibia, questa, a livello delle sue tuberosità, è ricoperta da scarsissimi tessuti molli, assai reattivi all'infezione.

Per la trasfissione non vuole intendersi sempre l'applicazione di un chiodo; può usarsi anche una specie di ferro di cavallo, che con due viti ai due estremi venga fissato da ambedue i lati dell'osso; ma ciò non è preferibile al chiodo (che non presenta alcun pericolo) salvo casi speciali; quali le fratture a T del femore e dell'omero nella loro estremità articolare distale; il ferro allora viene a premere uno contro l'altro i condili separati dalla frattura, e, nello stesso tempo, è applicato su un punto fisso sul quale può essere esercitata la trazione.

Operazione per la fissazione delle fratture da arma da fuoco.

Sull'inopportunità di intervenire nelle fratture esposte settiche non è il caso di insistere. Se l'infezione è assente ed è stata vinta ci si

trova nelle stesse condizioni che nelle fratture non esposte nella vita civile. Ma, in base alla sua esperienza di due anni, l'A. si è profondamente convinto che un'estensione bene applicata lascia assai piccolo il campo per gli interventi.

Disgraziatamente nella guerra attuale rimarrà sempre una grande classe di casi che richiederanno operazioni cruente: e cioè le fratture mal consolidate o non consolidate di vecchia data.

Una prima osservazione a questo proposito riguarda il ristabilimento di forma e lunghezza come primo stadio di ogni operazione, il che nelle vecchie fratture può essere assai difficile per quanto raggiungibile con mezzi adeguati. Questi consistono nel rompere dapprima, eventualmente con mezzi cruenti, la cattiva consolidazione e quindi applicare la trasfissione e il tiraggio; la superiorità di questa sopra una riduzione violenta momentanea è qui ancor più evidente, a causa della massa densa di tessuto fibroso neoformato e della contrazione dei muscoli e aponevrosi. Quando la radiografia avrà dimostrato che la sovrapposizione è ridotta, sarà assai più semplice eseguire una eventuale operazione cruenta. Questa sarà assai facilitata se in primo tempo venga applicato un doppio apparecchio di trasfissione; ambedue i frammenti possono così essere saldamente contenuti e se ne è il caso corretta la loro posizione relativa.

Un secondo punto importante riguarda la necessità di recentare le estremità ossee. A tale scopo non è indicato il tagliar via le parti sclerotiche perchè spesso il tessuto retrostante è ancora denso e non vascolarizzato; e nemmeno una ampia escissione perchè accorcerebbe l'arto. Un mezzo assai migliore consiste nel praticare in ognuno dei due monconi dei pertugi col trapano o dei tratti di sega; vengono così messi allo scoperto gli strati di attiva osteogenesi.

L'ultima considerazione riguarda l'uso del filo metallico, il quale, dopo l'introduzione delle placche pure metalliche è caduto in discredito. Tuttavia, se di buona qualità, se bene applicato, costituisce il miglior mezzo di sutura in alcuni casi, e cioè in quelli in cui la frattura è assai obliqua. Quanto alle placche metalliche esse, nei casi recenti e nei vecchi costituiscono nè più nè meno che una stecca interna, il cui scopo è di mantenere l'osso in buona posizione finchè sia effettuata la naturale riparazione. Questa nelle vecchie fratture è assai lenta mentre le forze naturali che tendono allo spostamento sono assai forti; è necessaria quindi una applicazione assai salda con viti non da legno ma da metallo. Se si avessero a disposizione solo placche e viti ordinarie si può supplire a queste deficienze mantenendo la trasfissione e relativa trazione con un peso moderato per un periodo di 5-6 settimane, alleggerendo così di pressione le viti, che altrimenti salterebbero via con grande facilità prima che la consolidazione sia stabilita.

Trapianti ossei. — Esistono notoriamente fatti conclusivi sperimentali e clinici in favore dei trapianti antogeni; l'importanza relativa dell'osteo-conduzione od osteogenesi non ha grande conseguenza pratica. Ma esistono parecchi altri punti di tecnica pratica che sono di importanza ben maggiore e non sono sufficientemente conosciute dai chirurgi.

Anzitutto, se è provato che un trapianto privo di periostio può riuscire efficace, è indubbio che, se esso ne ha, attecchisce meglio e più rapidamente. Un altro punto ben certo è che un pezzo vivente di osso non agirà come centro di sviluppo di nuovo osso se è impiantato in un punto qualunque dei tessuti e rimarrà indolente e inattivo. Proprio come negli innesti vegetali, il trapianto osseo deve essere saldamente fissato in tessuto attivo, di struttura simile, altrimenti non si verifica nè l'attecchimento nè la neoformazione. Il non conoscere questo fatto ha portato a una lunga serie di risultati spiacevoli nei trapianti ossei intramidollari per fratture; si prende un pezzo di osso e si pone libero nella cavità midollare dei due frammenti ossei senza una adeguata salda fissazione; l'effetto è un movimento costante dell'osso rotto e un insuccesso del trapianto. Ciò è evidente del resto anche *a priori* quando si pensi alla struttura dell'osso e alla necessità del saldo contatto perchè i vasi sanguigni che conducono gli elementi osteogenici passino dall'uno all'altro osso.

Per avere la migliore probabilità di attecchimento saldo e rapido occorre che il trapianto sia fissato per una estensione vasta e in una zona riccamente vascolarizzata. A questo scopo occorre asportare dal letto del trapianto il tessuto di cicatrice ed è opportuno praticare dei tratti di sega.

Autori recenti hanno escluso ogni fissazione metallica ed usano solo legature animali; ma ciò può riuscire di pregiudizio alla massima che il trapianto deve essere saldamente fissato; nè mai l'A. ha trovato che tali metodi di fissazione abbiano prodotto disturbo alcuno. Delle striscie di avorio mantengono salda l'unione e sono da ultimo assorbite e potranno avere una grande applicazione.

SEBASTIANI.

DERMATOLOGIA.

La simulazione in dermato-venereologia.

BURNIER. *Presse médicale*, n. 53, 23 settembre 1918, p. 493).

L'autore prende occasione dai numerosi lavori sull'argomento comparsi negli ultimi tempi per osservare che la simulazione in dermato-venereologia non rappresenta una novità: esempii del genere si hanno fin dai tempi dei Greci e dei Romani, nella storia delle crociate e, per venire all'epoca moderna, in quella delle guerre napoleoniche. Le pseudo-epidemie di *pemfigo castrense*, p. e., osservate dal Thierry fra le milizie che occupavano Praga, rassomigliano molto a certe autolesioni osservate e descritte nella guerra attuale.

Blenorragia. — La blenorragia può essere simulata per mezzo di sostanze chimiche diverse (emulsioni di corpi grassi, candelette di sapone introdotte nell'uretra con massaggio successivo), oppure con iniezioni ad alte dosi di medicamenti comunemente usati contro la gonorrea. Nei casi sospetti la ricerca del gonococco s'impone al medico.

Spesso d'altro canto si osserva nei malati di blenorragia acuta un rapido miglioramento sotto l'influenza della cura; ma non appena l'infermo sa che dovrà presto uscire dall'ospedale, l'essudato ricompare in abbondanza: l'esame microscopico dimostra allora la presenza di numerosi gonococchi intra- ed extra-cellulari, ciò che prova nettamente una riattivazione del processo blenorragico, probabilmente perchè il malato ha sospeso la sua cura o si è dato a pratiche masturbatorie.

Altre volte l'esame batteriologico mostra l'assenza completa o quasi di gonococchi nel pus: in questo caso evidentemente lo scopo è ottenuto mercè l'iniezione di medicamenti in dosi più elevate di quelle prescritte. Altri malati abusano a bella posta di bevande alcooliche: certuni invece si espongono volontariamente al contagio e sembra che certe donne, sapendo di essere infette, raddoppiano la tariffa abituale in cambio della malattia che sanno di trasmettere.

Sifilide. — Più frequente è la simulazione di lesioni attribuite dagli antichi luetici alla loro infezione. I disturbi più comunemente accusati sono i dolori ossei, ma in questo caso è relativamente facile scoprire l'inganno facendo precisare al malato il carattere dei dolori accusati, la loro sede, ecc., o ricorrendo alla siero-diagnosi.

Egualmente comune è la simulazione di placche mucose delle labbra per mezzo di piccole morsicature ripetute e che in generale si riconoscono dalla loro forma allungata, parallela alle arcate dentarie, e dalle piccole striature dovute alle suffusioni sanguigne (Daccò). Mancano naturalmente il ben noto aspetto e l'opalescenza delle vere placche mucose.

In altri casi la simulazione delle placche mucose sulle labbra, sulla lingua e persino sullo scroto si ottiene a mezzo di una piccola ustione con il sigaro o meglio con la sigaretta. In generale, quando si tratta della bocca è facile riconoscere l'inganno: ulcerazioni superficiali, tondeggianti, a fondo liscio, un po' giallastre, aventi sede sulla faccia interna del labbro inferiore o sulla superficie interna della guancia, sempre al lato sinistro per ragioni di comodità: le loro dimensioni sono eguali o leggermente inferiori al diametro di una sigaretta. La manifestazione, quando è localizzata al labbro, trovasi quasi sempre a 4-5 cm., al massimo, dal margine labiale, vale a dire la lunghezza di una sigaretta meno lo spessore delle dita che la tengono.

Le afte che sogliono apparire spontaneamente in seguito a disturbi digestivi sono egualmente attribuite dai sifilitici alla loro antica infezione. Tutte queste lesioni sono d'ordinario facilmente riconoscibili e in ogni caso un esame all'ultramicroscopico eliminerà ogni dubbio.

Ulcera molle. — Può essere simulata mercè l'uso di sostanze caustiche o di un fiammifero acceso o di un sigaro, ecc. In tal caso la lesione presenterà un alone infiammatorio ben netto, un'escara secca e bruna che ricopre il fondo purulento dell'ulcerazione: la sua comparsa non coincide sempre con la data del coito incriminato. La guarigione è rapida e la ricerca dello streptobacillo del Ducrey negativa.

Scabbia. — Alcuni simulatori si pungono gli spazî interdigitali con un ago e poi vi strofinano sopra del sale marino. L'assenza di altre localizzazioni tipiche (asta, ascella) e la ricerca infruttuosa degli acari bastano a far escludere la scabbia.

Dermatosi provocate. — La *dermatite pustolosa artificiale* si osserva quasi sempre sulle guancie o nelle regioni della barba simulando, a seconda dei casi, le piodermiti, le sicosi, l'impetigine. Talvolta si osserva intorno alle orecchie, forse perchè il simulatore ha voluto far credere ad una lesione per otorrea. Nelle membra inferiori la lesione provocata si osserva per lo più da un lato solo, il sinistro, nella superficie antero-esterna della gamba o della coscia: l'eruzione è di forma oblunga nel senso della lunghezza dell'arto, le vescico-pustole sono per solito numerose e corrispondono in generale agli orificii follicolari, hanno la dimensione di una testa di spillo o di un grano di miglio e

si presentano tutte nello stesso grado di evoluzione, al contrario di ciò che si osserva nelle piodermiti o nelle follicoliti banali che evolvono a gittate successive.

Per provocare tali eruzioni si adoperano l'olio di croton, la thapsia, oppure olii minerali contenenti miscele a base di euforbiacee o di ranunculacee.

La *dermatite eczematiforme* provocata, che suole per lo più insorgere in modo subitaneo, è caratterizzata da un eritema diffuso accompagnato talvolta da edema: sulla pelle arrossita sono disseminate vescicole o papulo-vescicole miliariformi, lenticolari o anche più grandi per fusione di vescicole vicine fra di loro, a contenuto sieroso od opaco e con leggero alone infiammatorio. I margini del focolaio eruttivo sono a volte netti, a volte no, a seconda che l'eruzione fu ottenuta per frizione o per semplice sovrapposizione della sostanza irritante. Queste lesioni in genere guariscono rapidamente in pochi giorni senza cure speciali o con il semplice uso di compresse boricate.

Sul volto queste eruzioni prendono talora un aspetto eresipelatoide, ma l'assenza di febbre, la disseminazione delle vescico-pustole miliari giallastre, la mancanza del rilievo periferico, o di tumefazione dei gangli sottomascellari, di dolore alla pressione della chiazza, ecc., chiariranno la diagnosi.

I simulatori spesso tentano di provocare un eczema acuto intertriginoso dello scroto: in generale la lesione è allora circoscritta alla regione antero-inferiore scrotale e la plica inguino-scrotale è rispettata.

Le sostanze adoperate per provocare tali dermatiti sono innumerevoli (jodoformio, trementina, petrolio, solfuro di soda e di potassio, acidi diluiti, ecc.).

Frequenti ad osservarsi sono le *dermatiti bollose* per lo più agli arti inferiori, superficie anteriore esterna, al dorso del piede, ecc. Negli arti superiori si osservano per lo più sull'avambraccio sinistro ed il margine cubitale di solito è rispettato.

I procedimenti adottati possono essere fisici o chimici. Le lesioni bollose prodotte per l'azione del calore possono somigliare assolutamente ad una scottatura accidentale di secondo grado e talvolta la diagnosi può farsi soltanto in base ad elementi estranei alla medicina: p. e., l'imminenza di un'offensiva o il ritorno dalla licenza possono far nascere il sospetto di lesione provocata. Più frequente è l'uso di sostanze chimiche, alcaline (soda, potassa, ammoniaca) o acide (acido nitrico, acetico, fenico, ecc.). La disposizione delle lesioni, la propagazione delle bolle verso le parti declivi e, per l'acido nitrico, la colorazione gialla della cute, faranno evitare gli errori.

Le sostanze peraltro più comunemente impiegate sono le radici e le foglie di alcune piante, in modo speciale certe ranunculacee (*ranunculus acris, bulbosus, sceleratus; helleborus viridis, clematis vitalba*) o certe crocifere. Il *ranunculus acris* è fra le piante più adoperate a questi scopi. La diagnosi delle dermatiti bollose provocate non è difficile specie quando si possa escludere facilmente il pemfigo e le lesioni pemfigoidi di origine medicamentosa (chinina, antipirina, joduro di K). Le lesioni bollose provocate guariscono rapidamente con semplici lozioni o impacchi umidi o con polveri e pomate cicatrizzanti. Se l'agente vescicatorio dette luogo a necrosi profonde dei tessuti la riparazione è naturalmente più lenta: ma se la guarigione ritarda, bisogna sempre supporre che il malato ostacoli la cicatrizzazione delle sue lesioni.

Dermatiti polimorfe. — Talvolta lesioni elementari di tipo diverso fra loro trovansi riunite in un unico tratto di cute circoscritto (bolle tipiche con chiazze eritematose, soluzioni di continuo torpide o vegetanti o ectimato-ulcerose, ecc. Queste lesioni sono per lo più localizzate negli arti inferiori, regioni antero-esterne, e sono dovute in genere alle stesse sostanze menzionate più sopra, ma applicate ripetutamente sullo stesso tratto di cute prima che la lesione precedente sia guarita.

Spesso la diagnosi è ardua in confronto di certe epidermiti o piodermiti croniche o di antichi eczemi od ectima, nè la cura è sempre facile e talvolta è d'uopo ricorrere all'elio- o alla radioterapia (Daccò).

Dermatiti ulcero-necrosanti. — Le false ulcere delle gambe, così spesso osservate in questi ultimi tempi, sono in generale rotonde od ellittiche, a contorni regolari e non infiltrati, profonde da 4 a 5 mm., con margini tagliati a picco, con fondo liscio o coperto di materiale cotennoso o di uno strato purulento giallo-verdastro. La loro guarigione è lenta: spesso si osserva l'insorgere di altre ulcerazioni il cui inizio può talvolta rivelare l'agente causale (flittena per uso di sostanze vescicatorie, escara da caustici che è secca e grigiastra se dovuta a nitrato di argento, gialla e secca per acido nitrico, nera e secca per acido solforico, grigio-giallastra per acido cloridrico, molle e cotennosa per soda o potassa, secca e grigiastra per miscela di acqua, acido ossalico e acido solforico: così detta acqua di rame, ecc.).

Queste lesioni possono essere in focolai unici oppure multipli e agminati. Cappelli ha osservato in un caso una serie di ulcerazioni rotondeggianti dell'avambraccio, con margini rile-

vati e necrosi centrale, provocate mercè la combustione di fiori di solfo.

È chiaro che quando non si assista all'inizio flictenulare od escarotico della lesione, la diagnosi può essere difficile e può nascere confusione con le gomme ulcerate, con le ulcerazioni ectimatose, con le ulcere varicose, ecc.

Ascessi. — Possono essere provocati mercè introduzione sotto cute di filo, crini di cavallo, ecc., o per iniezioni di trementina, petrolio, alcool, formaldeide, ecc.

Quando si tratti di ascessi asettici la diagnosi può essere facilitata dalla sede agli arti inferiori, dalla direzione in alto dell'asse dell'ascesso, dall'odore caratteristico della sostanza iniettata, ecc. Laval aveva proposto come reattivo dell'ascesso da petrolio l'acqua di bromo, che si decolorerebbe in presenza dell'essudato. L'acqua di bromo però può decolorarsi anche in presenza di altri essudati o di sangue putrefatto (Bianchi, Cavina).

Possono osservarsi, oltre gli ascessi, dei veri flemmoni talvolta persino con esito letale. Pisani ha riferito 15 casi di autolesioni flemmonose provocate mercè l'inoculazione sotto la cute di tartaro dentario. La sede abituale di questi flemmoni era il dorso della mano sinistra.

Flemmoni gravi possono essere provocati mercè iniezione sottocutanea di caustici veri e proprii. Essi sono riconoscibili quando persiste la traccia del passaggio dell'ago e soprattutto per i contorni molto irregolari dell'escara.

Edemi. — Sono provocati mercè l'uso di legacci a largo spessore perchè più facilmente tollerati di quelli più stretti: la loro natura può essere facilmente riconosciuta dall'impronta del legaccio adoperato, per quanto in certi casi l'edema da costrizione persista anche quando la causa provocatrice è soppressa.

Più difficile è la diagnosi di certi edemi molli con cute tesa, lucente, talvolta con lieve suffusione sanguigna o con colorazione cianotica centrale. Questi edemi, che riproducono nettamente l'impronta del dito verso la base del 2° o 3° metacarpo (ma che possono osservarsi pure al piede, al ginocchio, all'olecrano, al grande trocantere) non sono che delle cellulodermiti auto-contusive provocate mercè piccoli colpi ripetuti a più riprese col mezzo di un corpo rotondo e liscio: bottiglie, cucchiai, oppure col pugno della mano, ecc. (Mori, Bianchini, Sécrétan).

Così pure conosciamo delle pseudo-artriti traumatiche (ginocchio, gomito) provocate con ripetute contusioni sull'articolazione e che devono essere distinte dalle pseudo-artriti da iniezioni di vaselina o di olio di vaselina.

La cura di queste diverse auto-lesioni cutanee varia a seconda dei casi: alcune guariscono rapidamente con semplici impacchi umidi; altre sono fisse e persistenti ed allora l'unico mezzo è l'occlusione, graduata a seconda della tenacia, dell'astuzia del simulatore, e dei mezzi o dei complici di cui egli si serve, e perfino l'isolamento sotto custodia di guardiani sicuri ed incorruttibili.

V. MONTESANO.

STORIA DELLA MEDICINA.

Marziale e la medicina.

Gli epigrammi di Marziale rispecchiano la vita di Roma imperiale alla fine del I secolo d. C.; le allusioni alla medicina non sono numerose, ma significative e su di esse richiama l'attenzione R. Crawfurd in una lettura alla *R. Society of Medicine* di Londra.

Si può dire che a quel tempo non esistesse in Roma una vera professione medica, benchè, come mostrano gli epigrammi, gli empirici vi fossero anche troppo numerosi. Quantunque G. Cesare abbia fatto qualcosa per elevare lo stato della medicina, accordando diritti civili ai medici immigrati e Augusto e i successivi imperatori abbiano dimostrato grande benevolenza ai loro medici personali, la professione medica era ancora troppo ignobile per essere adottata dai Romani colti — ad onta delle ricchezze accumulate da alcun di quelli — ed era quasi esclusivamente nelle mani degli stranieri, dei Greci, o della meno lodevole plebaglia locale.

Uomini come questi, ignoranti, avidi di danaro, dalla ciarlataneria chiassosa, offrono buon bersaglio alle frecce della satira. Era il regno del lib'to proprio; nessun corso di studi, nessun diploma, nessun consiglio medico, nessuna barriera sentimentale per la salute pubblica limitava l'abuso professionale. Ignoranza e sfrontatezza erano viatici sufficenti alle più alte cariche mediche; e buon per i poveri malati quando i medicastri si limitavano agli esercizi fisici, ai bagni, al frutto delle migliori vendemmie!

Benchè non vi fosse un regolare corso di studi, si doveva tentare una specie di insegnamento clinico libero; ma se fu di qualche vantaggio per lo studente, non riuscì di conforto al paziente:

Languebam: sed tu comitatus protinus ad me
venisti centum, Symmache, discipulis.
Centum me tetigere manus aquilone gelatae,
non habui febrem, Symmache, nunc habeo.
(Epigr. V, 9).

Lo specialismo può essere la misura del progresso della medicina, ma può anche essere il contrario. Al tempo di Marziale era di certo la

misura della degradazione dell'arte sanitaria; il poeta enumera:

Totis, Galle, iubes tibi me servire diebus
et per Aventinum ter quater ire tuum.
Eximit aut reficit dentem Cascellium aegrum,
infestos oculis uris, Hygine, pilos:
Non secat et tollit stillantem Faunius uvam,
tristia servorum stigmata delet Eros.
Enterocelarum fertur Podalirius Hermes:
qui sanet ruptos dic mihi, Galle, quis est.
(Ep. X, 56).

L'ugola edematosa ha presentato dunque la stessa irresistibile tentazione al laringologo novizio; può darsi che Faunius usasse il cauterio che Iginio usò nella cura dell'entropion. D'altronde il «tollit» può semplicemente indicare qualche astringente che solleva la cadente ugola; confortati in ciò dal fatto che Celso raccomanda l'applicazione del topico astringente a preferenza del coltello, in qualche caso di congestione acuta.

Marziale non è solo a denunciare il danno del preteso specialismo prevalente al suo tempo — dentisti, oculisti, laringologi, dermatologi e specialisti per l'ernia — e noi troviamo Scribonio Largo, medico di Claudio, inveire contro coloro che intraprendono la cura di malattie isolate, campo dell'attività di ogni sanitario esperto. Molti epigrammi deridono la competenza e il carattere di questi empirici:

Clinicus Herodes trullam subduxerat aegro:
deprensus dixit: «Stulte, quid ergo bibis?»
(Ep. IX, 96).

Chirurgus fuerat, nunc est vispillo Diaulus,
coepit quo poterat clinicus esse modo.
(Ep. I, 30).

La distinzione tra il medico (clinico) e il chirurgo operante è così chiaramente ammessa; il termine «medicus» è di più vasta applicazione che non «clinicus», il primo poteva essere un semplice apoticario, praticante medicina, ma il suo stato in generale inferiore al «clinicus».

Gli oculisti entrano sovente nella satira di Marziale; come Diaulo erano inclini a discendere nella scala sociale:

Oplomachus nunc es, fueras ophthalmicus ante:
fecisti medicus quod facis oplomachus.
(Ep. VIII, 74).

Per mancanza di nostri equivalenti è impossibile riprodurre il giuoco sulle parole *oplomachus* e *ophthalmicus*.

Ecco uno scherzo sull'abilità degli oculisti:

Solvere dodrantem nuper tibi, Quinte, volebat
lippus Hylas, luscus vult dare dimidium.
Accipe quam primum: brevis est occasio lucri:
si fuerit calcus, nil tibi solvet Hylas.
(Ep. VIII, 9).

In contrasto con questo è piacevole incontrare un oculista pronto a denunciare le grossolane abitudini del suo paziente alcoolista:

Potor nobilis, Aule, lumine uno
luscus Phryx erat alteroque lippus.
huic Heras medicus «Bibas caveto:
vinum si biberis, nihil videbis».
Ridens Phryx oculo «Valebis» inquit
misceri sibi protinus deunces
sed crebro iubet. Exitum requiris?
Vinum Phryx, oculos bibit venenum.
(Ep. VI, 78).

Gli occhi artificiali figuravano nella scienza oftalmica dei tempi di Marziale:

Dentibus atque comis — nec te pudet — uteris [emptis
quid facies oculo, Laelia? non emitur.
(Ep. XII, 23).

Senza dubbio il ripugnante spettacolo dell'orbita vuota, al tempo in cui le malattie degli occhi si sviluppavano non frenate dai più semplici rimedi deve essere stato frequente in Roma. E dove noi ora usiamo calmanti, la pratica d'allora usava irritanti e forti astringenti:

Aspicis hunc uno contentum lumine, cujus
lippa sub adtrita fronte lacuna patet.
(Ep. VIII, 59).

I dentisti hanno gran parte negli epigrammi di Marziale. Certo i rimedi domestici per i denti offesi e per altri semplici disturbi dentari rientrano nel campo del medico generico. Celso dedica molto spazio a una legione di rimedi per sollevare dal mal di denti; tali applicazioni sono raccomandate per il dolore prodotto dalla carie, ma egli non dice nulla circa la cura della carie dentaria senza dolore. L'estrazione è la sua risorsa quando i topici non riescono come calmanti; la dentistica conservatrice era lasciata nelle mani del ciarlatano. Plinio dice di costoro che cauterizzavano i denti cariati con gusci di noce infuocati; Scribonio menziona il raschiamento della cavità cariosa, che Andromaco invece riempiva di teriaca, la famosa panacea da lui inventata. Se questa era la cura a cui Andromaco sottoponeva il suo imperiale signore, ciò fornisce qualche spiegazione a quei furiosi scoppi maniaci che oscurarono la vita di Nerone. Sembra invero che i dentisti siano riusciti meglio a distruggere i denti che non il dolore, poichè Plinio cita il caso di un tale che si gettò dall'alto di una casa, dopo che la cavità del dente gli era stata otturata con sugo di silfio e pece; e aggiunge come commento: «*Quippe tauros inflammat naribus illitis...*» (N. H. XXII).

A quei tempi una visita al dentista non era cosa da venire intrapresa leggermente, poichè (secondo Plinio) «si ha beneficio dall'introdurre nella cavità la cenere di sterco di topo o del fegato secco di lucertola».

A giudicare dalle allusioni di Marziale, sembra che i denti artificiali fossero portati per la cosmesi più che per aiutare la masticazione:

Thais habet nigros, niveos Laecania dentes:
quae ratio est? Emptos haec habet, illa suos.
(Ep. V, 43).

Altri versi descrivono la composizione di questi denti falsi:

... sic dentata sibi videtur Aegle
emptis ossibus Indicoque cornu
(Ep. I, 72).

et tres sunt tibi, Maximina, dentes,
sed plane piceique buxeique.
(Ep. II, 41).

Gli archeologi hanno mostrato che questi denti di avorio, d'osso e di bosso erano fissati con legatura agli adiacenti solidi. Sembra che i Romani imparassero tal processo dagli Etruschi, e non dai Greci immigrati: invero la legatura in oro si trova menzionata nella legge delle XII Tavole composta dai Decemviri in Roma (450 a. C.), mentre l'influsso dei medici Greci vi cominciò alla fine del sec. III a. C.

Marziale dà indizio di qualcosa di simile a una dentatura artificiale (Ep. IX, 37):

Nec aliter dentes quam sericam nocte reponas.

Denti, che al momento di coricarsi si depongono come abiti, non possono essere fissati con legatura, ma in forma di dentatura mobile.

I topici e i dentifrici assumevano una speciale importanza e mostrano come i Romani apprezzassero l'estetica dei denti: la materia favorita era il legno di lentisco, che si riteneva esplicasse una favorevole azione farmacologica. Galeno raccomanda di tenere in bocca olio caldo di lentisco per mitigare il dolore prodotto dalle malattie delle gengive:

Lentiscum melius: sed si tibi fronda cuspis
defuerit, dentes pinna levare potest.
(Ep. XIV, 22).

Da Scribonio apprendiamo che il corno di cervo calcinato era uno degli ingredienti della polvere da denti usata da Messalina, così che i costituenti calcarei delle moderne polveri hanno un'antica genealogia. In genere per Marziale il dentificio è un articolo del repertorio dello specialista per la bellezza:

Quid mecum est tibi? me puella sumat:
emptos non soleo polire dentes.
(Ep. XIV, 56).

Il massaggio fioriva in Roma e, allora come oggi, aveva attrattive oltre il suo legittimo uso, praticato da uomini e da donne. Seneca dice che vorrebbe piuttosto spingere la sua mano sul fuoco, che sottoporla alle manipolazioni di un *masseur* dell'uno o dell'altro sesso. Un epigramma allude al massaggio come accessorio del lusso della tavola...

percurrit agili corpus arte tractatrix
manumque doctam spargit omnibus membris.
(Ep. III, 82).

La crapula era diffusa; e la gotta — un tempo, a testimonianza di Plinio, estremamente rara — era divenuta molto comune, a causa dell'eccessiva indulgenza pei ricchi cibi e per il vino, in luogo della frugale semplicità dei primi tempi. In uno dei suoi epigrammi (XII, 48) Marziale sembra alludere all'importanza dei composti purinici nella etiologia della gotta:

Mullorum leporumque et suminis exitus hic est,
sulphureusque color carnificesque pedes.

Un altro epigramma (V, 76) accenna ai fenomeni di tolleranza acquisita, che secondo l'antica tradizione era impersonata da Mitridate:

Profecit poto Mithridates saepe veneno
toxica ne possent saeva nocere tibi...

Altrove si parla delle cure purgative, rese necessarie dagli eccessi della tavola:

Pruna peregrinae carie rugosa senectae
sume: solent duri solvere ventris onus..
(Ep. XIII, 29).

Le lattughe godettero grande voga nella medicina romana. Si disse che Antonio Musa salvasse la vita di Augusto mediante una dieta di lattughe e ne ricevesse in compenso un enorme onorario, un anello d'oro e una statua adiacente a quella di Esculapio:

Utere lactucis et mollibus utere malvis:
nam faciem durum, Phoebe, cacantis habes.
(Ep. III, 89).

Nè mancano gli accenni agli effetti dell'alcool. Già Plinio aveva descritto il tipo del beone: « Dal vino viene quella tinta pallida, quelle palpebre cadenti, quegli occhi tristi, quelle mani tremule, inabili a sostenere con fermezza il calice..... ». In parecchi epigrammi Marziale tratta degli sforzi dell'alcoolizzato per mascherare l'odore dell'alito, mediante profumi o foglie di alloro:

Fetere multo Myrtale solet vino,
sed fallat ut nos, folia devorat lauri
merumque cauta fronde, non aqua, miscet..
(Ep. V, 14).

In altre poesie Marziale parla della simulazione della malattia e la condanna al ridicolo; i simulatori sperano di eccitare la simpatia e il compianto degli amici e di ottenere dei doni gratulatori per la ricuperata guarigione:

Aegrotas uno decies aut saepius anno,
nec tibi sed nobis hoc, Polycharme, nocet:
nam quotiens surgis, soteria poscis amicos,
sit pudor: aegrota iam, Polycharme, semel.
(Ep. XII, 56).

Come si vede, dai versi di Marziale si ha un quadro abbastanza interessante, vivace e fresco dello stato della medicina in Roma, nell'epoca sua.

G. BILANCIONI.

(19)

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La prognosi delle infezioni della cistifellea.

J. H. GIBBON (*American Journal of medical sciences*, maggio 1918) rammenta l'aforisma di Berkeley Moyahnim, che ogni calcolo biliare è un monumento eretto alla sempiterna memoria dei germi che vi sono seppelliti. Del resto ogni affezione maligna della cistifellea, quando è primaria, trova sempre la sua causa determinante in calcoli, che sono essi pure il risultato di infezioni. Non v'ha quindi dubbio che tutte le malattie delle vie biliari per le quali si interviene chirurgicamente hanno il loro punto di partenza in un'infezione. Il tipo del microrganismo però ha poca importanza per la prognosi, salvo il caso di infezioni acute: vi si trovano, in ordine di frequenza, il colibacillo, il bacillo del tifo, lo stafilococco e lo streptococco.

La colecistite acuta che sopravviene nel decorso, o poco dopo, la tifoide scompare, col trattamento opportuno, senza intervento operativo che, secondo l'A., deve però farsi quando i sintomi non dileguano in un paio di giorni. Invece la colecistite acuta, preceduta da una storia di sintomi da parte della cistifellea esige l'operazione durante o dopo l'accesso: in tal caso la prognosi è grave se l'intervento è ritardato mentre vi sono notevoli e persistenti sintomi di sepsi e specialmente itterizia. In tali casi la cistifellea si comporta come l'appendice, salvo una minore tendenza alla peritonite da perforazione.

In generale la infezione primaria della cistifellea non si manifesta con sintomi di colecistite acuta, ma l'infezione decorre insidiosamente, mentre i sintomi di quella che si ritiene acuta sono piuttosto l'esacerbazione di una infezione acuta, con l'intercorrenza dello sforzo da parte della cistifellea per liberarsi di un calcolo.

I casi di colecistite acuta, che non hanno tendenza a cessare e che passano rapidamente in gangrena e peritonite sono quelli dovuti allo stafilococco od allo streptococco, oppure a completa occlusione del dotto cistico per un calcolo. In questi casi si riscontrano ben netti i sintomi di un'infezione grave, e se non si ricorre presto al drenaggio della cistifellea, prima che il processo si estenda ai dotti biliari ed al fegato, la prognosi è molto seria; la presenza di itterizia, che indica il blocco del dotto comune per l'edema, aggiunge ancora alla gravità. Invece la prognosi è buona quando si possa stabilire presto il drenaggio, e non è nemmeno cattiva quando si è stabilita la gangrena, purchè non vi siano fatti di angiocolite; essa poi è affatto favorevole se l'ostruzione al deflusso della bile è semplicemente dovuta ad un calcolo, che può venire allontanato con l'incisione nel dotto comune.

Se dunque il paziente presenta sintomi certi di infezione della cistifellea, non si deve posporre l'operazione sino ad una nuova esacerbazione: d'altra parte l'operazione, anche nei casi avanzati e trascurati è sempre nettamente favorevole.

L'itterizia dovuta a calcoli nel dotto comune, senza sintomi di sepsi non è necessariamente un sintomo grave se si procede presto all'operazione.

L'alta mortalità post-operatoria si riscontra nei casi di sintomi inveterati di colecistite con esacerbazioni acute dell'infezione ed in casi di tumore maligno della cistifellea e del pancreas. Quanto poi ai pericoli di emorragia dovuta ad itterizia di lunga durata, vengono prontamente eliminati con l'uso del siero di cavallo; la recidiva poi di calcolosi dopo una operazione ben condotta è estremamente rara.

L'A. basa le sue conclusioni sopra l'osservazione di 200 casi da lui operati. FIL.

TERAPIA.

Il trattamento della scarlattina col siero immune.

G. H. Weaver (*Journal of infectious diseases*, marzo 1918) ha trattato numerosi casi di scarlattina con siero prelevato da convalescenti di scarlattina dal 20° al 28° giorno. Vennero scelti ammalati senza complicazioni settiche, senza sospetto di tubercolosi e con Wassermann negativa. I sieri di diversi pazienti vennero mescolati, saggiati per la sterilità e tenuti in ghiacciaia fino all'uso.

Vennero iniettati da 25 a 90 cmc. (di solito 60 cmc.) nei muscoli esterni della coscia, metà per parte; eventualmente è stata ripetuta la dose dopo qualche tempo. L'iniezione non è stata seguita da disturbi locali o generali. Gli effetti sono i seguenti: quasi costantemente la temperatura, due ore dopo l'iniezione, incomincia ad abbassarsi e continua fino a raggiungere la normale in 12-24 ore; nei casi puramente tossici, la temperatura dopo essere giunta presso la normale, presenta poca tendenza a risalire ancora. In un caso con complicazioni settiche si ebbe un abbassamento iniziale con miglioramento generale, ma poi il decorso fu quello solito dei casi settici.

Più notevole che l'abbassamento di tempera-

tura è stato il miglioramento nelle condizioni generali, più pronunciato nei casi puramente tossici; cessò il delirio, il polso divenne meno frequente e più sostenuto, scomparve la cianosi ed in 12-24 ore dei pazienti che sembravano quasi disperati, apparivano sulla via della guarigione. I casi settici, trattati tardivamente, non risentono giovamento dalla cura.

Da una statistica riportata da C. Kling e G. Widfelt (*Hygiea*, rif. in *Journal of American merical Association*, 30 marzo 1918) risulta che in una grave epidemia di scarlattina a Stocolma, con una mortalità del 70 %, nei 237 pazienti trattati con siero, si ebbe la mortalità solo del 17.7 %, di cui il 10.5 % soccombettero all'inizio del trattamento e 7.2 % più tardi per complicazioni sopraggiunte. Il buon effetto del siero è sorprendente nel miglioramento delle condizioni generali (delirio, stupore, ecc.) FIL.

Sul trattamento della rachitide

Secondo Pritchard (*British Journal of Children Diseases*) la richitide non è una malattia da deficienza, ma risulta in tutti i casi da un eccesso di cibo, per cui entrano in giuoco certi meccanismi protettori, i quali portano ad un corto circuito dei processi di ossidazione e quindi alla produzione di acidosi.

Per i bambini tenuti in camere molto calde, coperti con molte vesti, tappati in casa senza occasione di fare degli esercizî muscolari, qualunque dieta, anche ridotta, finisce per essere eccessiva. In tali condizioni, il bambino accumula del glicogene e del grasso e diventa obeso; si hanno copiosi sudori, dilatazione dei capillari della faccia e di altre parti esposte, talora anche disturbi dei centri termo-regolatori, ossidazioni incomplete con sintomi di acidosi, l'ingrossamento delle epifisi e demineralizzazione delle ossa: finalmente iperpnea senza cianosi, con gravi manifestazioni nervose.

Secondo tale concezione, l'acidosi va trattata con larga somministrazione di alcali, l'anemia con del carbonato di ferro. Si darà poi dell'olio di fegato di merluzzo fosforato; la dieta deve essere lattea e in quantità scarsa.

Si attiveranno le combustioni organiche con massaggio, esercizî di resistenza, doccie fredde, e se le circostanze lo permettano, il trattamento all'aria libera. I. P.

Celle calde per feriti gravi.

H. Feuillade e G. Blechmann (*Paris méd.*, 14 luglio) propongono l'uso di una piccolissima camera operatoria, che può venire annessa alla tenda Bessonneau n. 2. Essa può venire riscaldata rapidamente e mantenuta calda a lungo; può contenere quattro feriti, con il grande vantaggio di abbreviare di molto il periodo di *shock*. L'esperienza degli AA. è stata tanto soddisfacente, che la loro proposta verrà probabilmente adottata per tutti i posti chirurgici avanzati. *ini.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(998) *Sulla terapia dell' «angina pectoris»*. — All'abb. n. 2337:

La terapia di un anginoso in generale non può non tener conto delle particolari condizioni dell'individuo e dell'organo centrale della circolazione in ispecie, dello stato dei reni. Per una risposta sulla «posta degli abbonati» il compito di esaminare partitamente le eventualità singole sarebbe troppo vasto.

In linea generale si può dire che nelle angine da sclerosi delle coronarie, scarsa utilità dànno e il nitrito d'amile e la trinitrina; un ottimo ausilio invece suole riuscire la *dionina*, e negli accessi ripetuti il *cloralio*.

Per la prevenzione degli accessi si ottengono buoni risultati con la teobromina e la diuretina a cure intermittenti, con la igiene dell'alimentazione e del movimento convenientemente regolate. *t. p.*.

(999) All'abb. n. 2394:

Suggeriamo: J. MINDES, *Incompatibilità medicamentose e prescrizioni irrazionali di farmacia*. Trad. ital. Milano, Società Editrice Libraria. — F. UMBER, *Malattie del ricambio*. Trad. ital., Torino, U. T. E. T. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MOURE, LIÉBAULT et CANUYT. *Pathologie de guerre du larynx et de la trachée;* pag. 370. — Paris, Félix Alcan, 1918. Prix 26 fr. 50.

Mentre nelle guerre del passato, anche recente, scarso era il materiale laringologico — su 50,000 feriti del 1870-71 se ne contano soltanto 60 colpiti alla laringe — nell'attuale conflitto la percentuale dei feriti della laringe è di molto aumentata, specialmente dai disturbi funzionali. Mai uomini combattenti hanno dovuto subire traumatismi consimili; la potenza degli esplosivi è cresciuta a dismisura, mentre la resistenza della nostra fibra è rimasta invariata. La guerra ci ha dato numerosi *mutilati della parola*, senza lesioni apparenti; que-

sti afoni, questi muti rientrano nella vasta categoria dei « funzionali ». Siamo lieti nel vedere che anche il Moure, il quale dedica il primo capitolo a queste lesioni, pensa — come abbiamo espresso in una nostra nota obliata del 1917 — che non tutte siano isteriche, ma molte legate alla sindrome commotivo-emotiva. Egli afferma che tutti gli afoni sinceri debbono guarire e sono atti a riprendere il servizio delle armi.

Le lesioni estrinseche della laringe, se si eccettuano gli organi vicini del tubo laringo-tracheale, interessano molto spesso i nervi laringei, sia isolati, sia combinati con quelle di vari nervi cranici: ne risultano le *paralisi laringee associate*, tipo Longhi-Avellis, Jackson, Schmidt e Tapia.

La terza parte tratta delle *ferite del condotto laringo-tracheale*, della loro sintomatologia e delle complicanze. Recenti, queste ferite sollecitano sopratutto i diversi metodi moderni di scoperta, di localizzazione e di estrazione dei corpi estranei; antiche, mettono a dura prova la pertinacia del laringologo, imponendogli la cura delle stenosi cicatriziali antiche: molta parte di questa opera è dedicata a questo fulcro della laringologia di guerra.

Con grande chiarezza sono quindi posti i principii e precisata la tecnica dei principali interventi della chirurgia esterna della laringe e della trachea: tracheotomia, tirotomia, laringostomia. A quest'ultima specialmente, che è invero il trattamento chirurgico moderno delle laringostenosi cicatriziali di guerra, sono destinate pagine e illustrazioni efficaci, per descriverne la tecnica operativa, il modo di ottenerne la dilatazione graduale e infine la loro guarigione con l'autoplastica laringo-tracheale.

L'opera è ricca e attraente anche dal lato tipografico. Noi, con l'abituale franchezza, ci permettiamo una osservazione: da varie parti viene anticipata col desiderio una più intima intesa intellettuale fra i paesi latini e fra questi e gli anglo-sassoni. Ebbene, incominciamo a praticarla, senza ricorrere a convegni e a lunghe discorse. Cerchiamo di conoscerci meglio e riconosciamo con animo aperto quanto operammo.

In questo lavoro non figura il nome di un autore italiano, mentre basta riflettere che la *laringostomia* è dovuta al Ruggi di Bologna — e in Francia non si deve ignorarlo, poichè il nostro A. pubblicò un articolo nella *Semaine médicale*, 1909, pag. 77 — e molte delle modificazioni che l'hanno resa di pratica utilità spettano alla scuola laringoiatrica di Roma.

G. BILANCIONI.

P. E. WEIL, G. BOYE et J. L. ROUX-BERGER. *Le traitement des hémorragies*. Un vol. in-8° di pag. 315 con fig. Vigot Frères, éd., Parigi. Prezzo L. 6.

Gli AA. trattano in questo libro le indicazioni terapeutiche delle emorragie, considerando prevalentemente il lato medico della questione, anzichè il chirurgico. Dopo uno studio sul meccanismo dell'emorragia e dell'emostasi, viene passato in rivista l'arsenale terapeutico antiemorragico, trattando con cura particolare i medicamenti più attivi, e soffermandosi sui prodotti opoterapici più efficaci.

Seguono poi le indicazioni terapeutiche speciali per ogni emorragia (epistassi, emottisi, ematemesi, emorragie degli organi orinari, genitali, ecc.), il trattamento dell'emofilia, delle anemie secondarie. Un capitolo speciale è dedicato alle indicazioni ed alla tecnica della trasfusione di sangue. *ini.*

VARIA.

Notazione fisiologica delle armonie.

Secondo i dati forniti dalla fisiologia, la localizzazione sensoriale dei suoni nella chiocciola procede dalla base verso il vertice, cominciando dagli acuti, terminando con i più gravi. Al risuonare di un accordo musicale, i singoli suoni che lo compongono si localizzano a diverse altezze del percorso cocleare.

Ora, S. S. Salaghi (*Bullettino delle Scienze mediche*, 1916, 507), che aveva già offerto altri contributi alla fisiologia dell'organo dell'udito, col sussidio di procedimenti grafici e analitico-geometrici, ha messo gli accordi musicali sotto una forma dalla quale traspare la relazione che hanno con le localizzazioni sensoriali nell'apparecchio cocleare. Così i livelli a cui giunge a farsi sentire lo stimolo vibratorio, lungo la chiocciola, hanno somiglianza con le altezze dei suoni inscritte nelle costruzioni grafiche dell'A. L'ordine delle ottave è invertito, ma le proporzioni rimangono.

L'inscrizione delle altezze dei suoni fu la parte sostanziale del procedimento di analisi glometrica: dal loro confronto potè stabilire una graduazione della dissonanza nei diversi accordi e pervenne a comporre una notazione abbreviata, rispondente alle qualità armoniche degli accordi medesimi.

Questa notazione delle armonie fu chiamata appunto « fisiologica » dal Salaghi, data la somiglianza fra le localizzazioni sensoriali degli accordi e la loro rappresentazione grafica.

G. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Vittoria.

La mèta è raggiunta. Dopo quattro anni di guerra lunga e aspra, senza conforti e senza soddisfazioni, noi possiamo finalmente esultare. La contrazione tetanica che ci attanagliava lo spirito si è rilasciata: dopo la passione ed il sacrificio, la gioia ed il trionfo.

Ed è gioia pura e trionfo legittimo. Noi non siamo i vincitori che stringono la gola o schiacciano col calcagno la cervice dei vinti, noi siamo i vincitori che con la nostra vittoria portiamo la libertà e la vita ai popoli che fino a ieri erano costretti a combatterci.

La nostra mèta era, come è, oltre il possesso di qualche nostra provincia ancora separata dalla loro nazione. Noi tendevamo ad abbattere quanto ancora di meno civile, di meno umano sopravviveva nella libera Europa: il feudalismo oppressore, il militarismo rapinatore.

Trento e Trieste sono un simbolo: la sostanza della lotta e della vittoria è più grande.

E noi siamo fieri di aver portato il più formidabile colpo, di avere dato il colpo di grazia all'albagia feudale.

Siamo fieri di tutti i nostri dolori, di tutti i nostri sacrifici. Siamo fieri di non avere mai disperato, sostenuti e confortati dalla fede nella libertà, nella giustizia, nel progresso civile. Fieri di non aver mai disperato per quattro lunghi e dolorosi anni di guerra, durante i quali in ogni avvenimento pareva la fortuna volesse aiutare solo il nemico. Abbiamo sostenuto con animo impavido le più tristi e gravi contrarietà: sconfitte militari e defezioni di alleati. Mai una luce di soddisfazione assoluta ed inebriante: ogni giorno ci portava delusioni, pericoli, sacrifici più gravi. Eppure abbiamo resistito e vinto. Il travaglio è stato lungo, doloroso, spasimante, ma il risultato ci conforta e ci compensa di tutto.

Dopo la lotta, dopo il tripudio, ritorneremo al lavoro civile più puri, più entusiasti, più fattivi. Tutti noi sentiamo di dovere essere migliori, di dover fare di più per essere degni della grandezza della nazione, per essere degni fratelli dei generosi che col loro sacrificio hanno condotto al trionfo della umanità.

Nel mondo nuovo, nel quale la grandezza dei popoli non sarà più misurata dalla potenza militare ma dal grado di civiltà e di cultura, noi dovremo essere degni delle nostre tradizioni e del nostro sicuro avvenire.

L'epidemia di influenza e la Croce Rossa.

Riceviamo e pubblichiamo:

4 novembre 1918.

Caro Pangloss,

Ho letto con piacere, come sempre, l'ultimo dei tuoi brillanti articoli sul *Policlinico* uscito oggi, dal titolo *L'epidemia di influenza e la Croce Rossa,* e vorrai consentirmi una brevissima replica. Tu parli della convenienza di destinare questa Associazione precipuamente ai servizi civili nelle non rare contingenze in cui il Paese ha bisogni straordinari, improvvisi e grandi, come nel presente momento; ma certamente ignori come la Croce Rossa abbia già dato da tempo ai servizi civili non meno di 185 medici, numerose infermiere volontarie ed infermieri ed abbia aperto 8 dei suoi ospedali territoriali ai malati d'influenza; che con un provvedimento da poco attuato è stata successivamente richiamata dalla fronte la maggior parte della C. R. I. allo stesso scopo e 130 medici e 1600 infermieri hanno lasciato 35 ospedali da guerra, che da più di 3 anni davano un non trascurabile contributo al servizio sanitario. Per cui, come vedi, quanto tu proponi è già un fatto compiuto e puoi oggi considerare la nostra Croce Rossa impiegata ai servizi civili più che a quelli di guerra. Il tuo articolo quindi ha oggi una postuma relazione con l'accaduto, per quanto con ciò non perda per noi d'interesse. Così per le opere di pace, pur durante la guerra, la C. R. I. è già in cammino con un vasto programma sanitario sociale e tende più lungi, forte dell'aumentato numero dei soci e dei nuovi e maggiori contributi che le vengono dallo Sato e dalla pubblica beneficenza, notevolmente accresciuti in questi anni di guerra.

Se fosse questo il momento propizio alle osservazioni e alle critiche si potrebbe in tesi generale osservare che la C. R. è nata dalla guerra e per la guerra e che deve quindi trovare anch'essa il suo posto, qualunque esso sia, vicino al combattente e, circa il suo improvviso ed inatteso rinvio in territorio, se sarebbe stata cosa migliore, giudicando con criteri di maggiore praticità e senza prevenzioni, di ricorrere ad altri espedienti per fornire personale sanitario per i bisogni civili, piuttosto che distruggere una organizzazione, che, dove era, poteva dare un rendimento più opportuno e più

utile. La C. R. I. assolse sempre fin dal principio della guerra il compito affidatole: da essa irradiò un sano spirito di emulazione che giovò al servizio sanitario: nulla chiese, tutto dette, e... nell'attuale storico momento, all'iniziarsi della grande azione vittoriosa, poteva a buon dritto sperare di rimanere in piena efficienza vicino ai soldati d'Italia, che con perizia, amore ed abnegazione, aveva, in lunghe e dure prove, assistiti. Aspirazione legittima questa che era compatibile con le esigenze dell'epidemia in corso, riconoscimento del buon servizio prestato, incitamento a far più e meglio, ora e poi!

Questo sia detto al solo scopo di ristabilire la verità di fatti che appaiono ignorati e per un sommario commento, mentre esula dalla mia intenzione ogni idea di inopportuna e sterile recriminazione. Non è questo il momento davvero! Oggi l'animo è pieno di una grande e pura gioia, che pervade chiunque senta alto vibrare il sentimento della Patria vittoriosa e grande per opera di tutti i suoi figli, mentre si realizza il sogno dei nostri padri, dei nostri martiri, dei nostri eroi. Questi son giorni di festa e nulla deve turbarne la sublime grandezza! Verrà il giorno in cui discuteremo liberamente di quanto fu necessario tacere e questo e tanti altri episodi della nostra vita sanitaria di guerra troveranno una opportuna illustrazione, non per provocare biasimi o lodi, consensi o risentimenti, ma per un più nobile scopo: quello di divenire migliori e con noi le nostre opere e renderci degni di una Italia rinnovellata.

Un medico della C. R. I.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti igienico-sociali nel dopo-guerra.

La Sezione per l'Igiene sociale della *Commissione pel dopo-guerra*, nella sua ultima adunanza di cui abbiamo già dato notizia, ha approvato alcuni ordini del giorno che sintetizzano la maggior parte del lavoro compiuto.

Li riportiamo integralmente.

Per la smobilitazione dei militari malarici (relazione V. Ascoli).

«La Sezione per l'Igiene sociale:

rilevando il grave fatto che la guerra ha determinato fra i militari un gran numero di infezioni malariche;

riconoscendo il pericolo che i militari malarici, ritornando dopo la guerra alle loro case, vadano ad aggravare l'endemia malarica dove esiste e sopratutto creino focolari malarici in regioni immuni ma anofeliche;

tenute presenti però le gravi difficoltà di ordine politico e militare, che si opporrebbero a trattenere dopo la smobilitazione i malarici nei reparti specializzati, fino a che non siano divenuti innocui;

affermando che è obbligo dello Stato interessarsi alla guarigione di tali ammalati, per dovere di giustizia e per considerazioni di pubblico bene;

raccomanda al Governo:

1° di intensificare in tutti i modi, finchè la guerra dura, la cura e la bonifica dei malarici sotto le armi, trattenendo negli ospedali anche dopo la smobilitazione i soggetti malarici, finchè da un mese non abbiano presentato recidive febbrili;

2° di mantenere in funzione anche dopo guerra alcuni reparti o convalescenziari ora adibiti per malarici, specie dove difettano convenienti luoghi di cura;

3° che nella ammissione degli operai ai lavori pubblici da eseguire in luoghi immuni da malaria, si dia la preferenza agli ex-militari malarici, provvedendo contemporaneamente alla istituzione dei servizi capaci di assicurare la cura razionale e la bonifica dei detti malarici;

4° che si riconosca agli ex-militari il diritto ad avere gratuitamente i rimedi, l'assistenza medica ed ogni altro soccorso per risanarsi dall'infezione malarica, in conformità di quanto è stato riconosciuto per gli invalidi di guerra;

5° che vengano al più presto perfezionate e attuate le provvidenze di Stato contro la malaria, in considerazione anche dell'aggravamento portato dalla guerra alla malaria del Paese;

6° che l'autorità militare all'atto del congedamento segnali ai sindaci i malarici, trasmettendo loro la speciale scheda personale sanitaria per i conseguenti provvedimenti di assistenza e di cura».

Per la smobilitazione dei militari venerei (relazione Ducrey).

«La Sezione XXIV della Commissione per il dopo guerra, riservandosi di trattare più diffusamente la questione della profilassi contro le malattie veneree e la sifilide, propone per quanto ha rapporto con la smobilitazione:

a) che si continuino ad applicare rigorosamente le vigenti norme profilattiche e curative a tutti i militari affetti da malattie veneree e da sifilide, siano essi ricoverati in ospedali, siano in servizio presso i corpi;

b) che le stesse norme vengano con egual misura ed intensità applicate agli operai militarizzati, impiegati al fronte, nelle retrovie e negli stabilimenti ausiliari;

c) che vengano trattenuti in servizio, fino a scomparsa delle manifestazioni in atto, tutti i militari che presentino affezioni veneree o sifilitiche;

d) che all'atto del congedamento per ogni militare sifilitico venga trasmessa alle autorità comunali, alla cui discrezione resta affidata, la scheda speciale, regolamentare, per l'ulteriore vigilanza sanitaria e per l'eventuale proseguimento della cura;

e) che a tale scopo vengano perfezionati e aumentati i dispensarii celtici, assegnandovi medici veramente specializzati. E nei centri dove questi dispensarii non possono stabilirsi, analogo congegno venga applicato istituendo delle autoambulanze dermosifilopatiche affidate a medici specializzati, con fine propagandistico e curativo;

f) la Commissione a complemento indispensabile dei provvedimenti sopraesposti fa voti affin-

chè il regolamento di polizia sanitaria venga al più presto corretto nel senso di sostituire al medico fiduciario delle prostitute un medico specialista con funzione statale».

Per la smobilitazione dei militari tubercolotici (relazione Sclavo).

«La Sezione per l'Igiene sociale:

tributando alta lode al ministro dell'Interno, il quale col decreto 26 luglio 1917, n. 1231, riguardante i prestiti di favore da accordarsi dallo Stato per opere antitubercolari, ha portato l'azione governativa a quel livello che era necessario per affermare che lo Stato sente tutto l'obbligo che gli è imposto dal grave problema di una lotta più efficace contro la tubercolosi;

considerando che le complesse circostanze della guerra hanno accresciuto enormemente i prezzi delle costruzioni senza che ci sia speranza di sollecito ribasso, e che la risoluzione del lato finanziario del problema riguarda anche all'obbligo che ha lo Stato dell'immediata assistenza ospedaliera dei militari tubercolosi;

fa voti:

che le somme disponibili sieno notevolmente aumentate, e che la concessione dei tributi statali sia fatta con tale larghezza da rendere possibile alle amministrazioni di sopportarne gli oneri».

Per la difesa contro le malattie di guerra umane (relazione Ascoli).

«La Sezione per l'Igiene sociale, in vista dei pericoli che potrebbe indurre fra la popolazione civile del Regno il passaggio di portatori di germi delle malattie infettive di guerra nel periodo della smobilitazione, fa voti:

1° che sieno conservati, anzi rafforzati, quei congegni sanitari già in funzione per impedire il passaggio di militari infermi o convalescenti di malattie infettive dalla zona di guerra e dalle guarnigioni nell'ambiente civile;

2° che al funzionamento di detti congegni presiedano unicamente le autorità competenti sanitarie;

3° che la sorveglianza si eserciti specialmente per i casi di dissenteria amebica, segnalandoli alle autorità sanitarie comunali all'atto del congedamento ed inoltre si abbia riguardo ai convalescenti di tifoide che possono essere a lungo portatori di germi.

La Sezione d'Igiene sociale si preoccupa inoltre della frequenza con cui le infezioni intestinali dominano in Italia e della necessità di combattere energicamente le cause delle epidemie. Per la profilassi generale propone:

a) che in caso di epidemie tifiche sia resa obbligatoria nelle collettività la vaccinazione preventiva;

b) che nella Sottocommissione del dopo-guerra si costituisca un Comitato di membri delle due Sezioni d'Igiene sociale e delle Opere pubbliche per definire i mezzi pratici di ingegneria sanitaria e le risorse finanziarie e relative modalità amministrative che possono portare ad una pronta e completa eliminazione dei materiali di rifiuto casalinghi e urbani».

Per la difesa contro le malattie contagiose del bestiame della zona d'operazioni (relazione Lanfranchi).

«La Sezione XXIV (Igiene sociale) della Commissione per lo studio dei provvedimenti occorrenti pel passaggio dallo stato di guerra a quello di pace:

nei riguardi delle malattie infettive del bestiame, tenuto in special modo conto delle zoonosi;

ritiene convenga fare un censimento delle forme infettive e infestive che si verificano negli animali in zona di operazioni;

si debba, nel passaggio dallo stato di guerra a quello di pace, prendere tutte le precauzioni per impedire che col rientrare di tali animali in territorio, possano diffondersi forme che non vi sono mai esistite, o altre che attualmente non si verificano;

a tale scopo, per l'isolamento degli animali sicuramente colpiti, per quelli sospetti, fino a che non siano presi i provvedimenti del caso, potranno adibirsi speciali baraccamenti scelti fra quelli che l'amministrazione militare ha costruiti nella zona delle operazioni».

Personale e materiale per la profilassi delle malattie infettive (relazione Sclavo).

«La Sezione per l'Igiene sociale:

considerando quanto sono diventati necessari i laboratori micrografici per la diagnosi delle malattie infettive;

convinta che per tali laboratori occorre un personale medico e non medico bene esperto nelle ricerche da esguirsi;

ritenendo pure che alle autorità sanitarie governative faccia sempre più bisogno un personale subalterno capace di seguire bene operazioni manuali profilattiche;

esprime il voto:

1° che si adibiscano, fin dove si potrà, speciali laboratori universitari per le indagini diagnostiche;

2° che si promuova prudentemente la fondazione di nuovi istituti micrografici, ove si manifesti un reale bisogno, imponendo all'occorrenza dei consorzi;

3° che si aprano le università alle licenziate delle scuole normali, affinchè esse possano conseguirvi speciali diplomi, con l'abilitazione ad arrivare a varii uffici igienico-sanitari, tra cui quello di dare l'opera tecnica nei laboratori micrografici;

4° che si formi un corpo di vigili sanitari, bene istruiti, nominati in seguito ad esame, e da stare alla diretta dipendenza dei medici provinciali;

5° che a guerra finita nulla sia venduto del materiale ancora utilizzabile per i servizi igienico-sanitari del paese e si provveda con discernimento alla distribuzione di tale materiale in relazione a

reali bisogni, acquistandone all'occorrenza anche fra quello migliore, importato in Italia dalla truppe alleate».

Assistenza sanitaria e assicurazioni sociali (relazione Sclavo).

«La Sezione per l'Igiene Sociale, rilevando l'assoluta urgenza di provvedere alla soluzione della complessa questione ospedaliera con particolar riguardo al ricovero e alla assistenza dei tubercolosi, il che costituisce un improrogabile problema sociale intorno a cui convergono tutti gli altri problemi di assistenza sanitaria;

fa voto:

che sia sollecitamente adottato il servizio delle assicurazioni obbligatorie contro la invalidità e contro le malattie».

***

Riassumendo, si è proposto di trattenere sotto le armi dopo la smobilitazione i malarici ospedalizzati, per un mese dopo gli ultimi accessi febbrili; di trattenere i militari venerei (luetici e blenorragici) con manifestazioni morbose *in atto;* di far accompagnare i malarici e i venerei le cui manifestazioni morbose siano sopite, da una scheda sanitaria la quale conferisca loro il diritto alle cure ed all'assistenza sanitaria gratuite; di mantenere in funzione e di rafforzare i congegni sanitari che durante la guerra sono valsi ad arrestare fuori del territorio le malattie esotiche; d'imperniare la difesa sociale contro la tubercolosi nei sanatorî; di aumentare il numero e l'efficienza dei laboratori batteriologici e di provvedere ad altre risorse profilattiche; di provvedere all'isolamento ed all'accertamento diagnostico degli animali affetti da forme contagiose; di promuovere le assicurazioni statali contro le malattie.

La sistemazione dell'insegnamento di odontoiatria e prostesi dentaria nel prossimo dopo-guerra.

Il prof. A. Chiavaro ci ha rimesso in bozze un pregevole articolo destinato agli *Annali di Odontologia.*

Ringraziamo cordialmente l'insigne odontologo della deferenza usataci e ben volentieri ospitiamo il suo scritto.

È noto che la percentuale delle malattie di denti in tutte le età oscilla ordinariamente fra il 50 ed il 90 per cento e che molte città italiane, anche di 50,000 abitanti, mancano dello *Specialista in Odontoiatria,* mentre spesso i medici condotti che esercitano in tali città non si trovano in grado di sapere apprestare nemmeno le prime cure ai numerosi sofferenti di malattie dentali, che vengono inviati tuttora all'esercente abusivo, ed in mancanza di questo, al fabbro-ferraio od al barbiere!

Il numero complessivo degli esercenti l'Odontoiatria in Italia è di circa 1200, compresi gli odontoiatri dell'Esercito, della Marina e gli esercenti abusivi, *che aumentano ogni giorno. Tale numero è scarsissimo malgrado rappresenti sui nostri 25,000 medici-chirurgi una proporzione che non è raggiunta da nessuna altra specialità medico-chirurgica.* Infatti in alcune altre nazioni, dove l'insegnamento della Odontoiatria è regolato da leggi speciali ed esso ha potuto quindi largamente svilupparsi, il numero effettivo degli esercenti l'Odontoiatria compresi gli abusivi sta al numero totale dei medici-chirurgi come circa 1 a 4, mentre il numero degli esercenti riconosciuti dalle leggi sta ai medici-chirurgi come circa 1 a 6; dunque i nostri 1200 odontoiatri per la igiene dentaria e per la cura dei sofferenti di malattie dentali del nostro paese sono destinati ad essere aumentati almeno sino a circa 4000. Di questo aumento si sente vivo il bisogno non solo nella popolazione civile del Regno e delle Colonie, ma anche nell'Esercito e nella Marina, poichè « *l'insegnamento della Odontoiatria e Prostesi dentaria comprende anche la Prostesi mascellare e facciale e la costruzione ed applicazione dei mezzi di riduzione e di fissazione per le fratture delle ossa mascellari e facciali* ».

Per queste ragioni la sistemazione dell'insegnamento della nostra specialità non solo è importante per creare e mantenere il numero necessario degli esercenti l'Odontoiatria e per la cultura scientifica, ma anche per le attuali speciali condizioni di guerra, durante la quale l'Odontoiatria ha dimostrato di essere *aiuto indispensabile* alla Chirurgia nella cura delle ferite mascellari e facciali, e specialmente per il dopo-guerra quando l'Odontoiatria dovrà occuparsi oltre che della cura anche del mantenimento degli apparecchi di Prostesi mascellare e facciale dei feriti di guerra.

Il nostro saggio ed energico Ministro della Pubblica Istruzione coadiuvato dagli attuali ottimi componenti la Sezione medico-chirurgica del Consiglio Superiore di Pubblica Istruzione ed il nostro grande Ministro dell'Interno e per Lui il benemerito Direttore Generale della Sanità Pubblica del Regno si occuperanno certamente della sinora dimenticata sistemazione dell'insegnamento dell'odontoiatria. Essi sicuramente vorranno apprezzare al suo giusto valore il fatto che la soluzione di questo *problema del nostro dopo-guerra* ha grandissima importanza nazionale non solo scientifica e sanitaria, ma anche commerciale, poichè per molti milioni di lire siamo ancora tributarii dell'estero per il rifornimento degli strumenti e materiali costosissimi occorrenti quotidianamente ed in gran copia all'esercizio dell'Odontoiatria e Prostesi dentaria.

ANGELO CHIAVARO

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7480) *Aumento di stipendio - Sessennii.* — Dott. T. S. da C. — Nell'aumento di stipendio concesso dal Comune ai sensi del D. L. del 10 febbraio ultimo non può essere calcolato quello accordatole per sessennio dal 1° gennaio 1918, in quanto che il sessennio non è una concessione fatta *ad libitum* del Comune ma il tassativo adempimento di un dovere contrattuale verso l'impiegato. Occorre osservare che l'art. 8 di detto decreto dice che bisogna tener calcolo dei miglioramenti concessi dopo il mese di maggio 1915, ma non soggiunge, come erroneamente è esposto nel quesito, *sotto qualsiasi titolo.* Per gli impiegati governativi non v'ha, poi, dubbio che l'aumento in parola non interrompe il sessennio e che se questo fu già maturato, l'aumento si calcola sul nuovo stipendio.

(7481) *Certificati di eseguita vaccinazione.* — Dott. P. Z. da F. — I certificati di subita vaccinazione occorrenti per l'ammissione alle scuole si rilasciano gratuitamente a tutti ed in carta libera.

(7482) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. P. T. da G. — Il medico condotto chiamato sotto le armi ha diritto allo stipendio maggiore o civile o militare. Però se lo stipendio od assegno militare è inferiore a quello civile a carico del Comune, al quale appartiene, rimane solo la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Se lo stipendio od assegno militare è superiore a quello civile l'Amministrazione civile non dovrà sostenere alcuna spesa a proprio carico. Ciò fu stabilito dal D. L. del 15 aprile 1917, n. 727. Per ottenere il pagamento da parte dell'Amministrazione militare dovrà rilasciare apposita dichiarazione circa la sua posizione economica di fronte al Comune a richiesta del Comandante del Corpo cui appartiene.

(7484) *Congedo - Locali di isolamento.* — Dott. L. V. da M. — Nei tre mesi di congedo straordinario va sempre compreso quello del congedo ordinario. Non si può obbligare un medico a rimanere costantemente lontano dalla propria famiglia ed a dimorare nel locale di isolamento, tanto più che tale misura non è più ritenuta necessaria se il sanitario preposto alla direzione di un lazzaretto o di un locale di isolamento, prima di uscirne, adopera tutte le precauzioni e le disinfezioni, che la scienza oggi abbondantemente suggerisce.

(7485) *Pensioni.* — Dott. T. C. da T. — Con i dati esposti Ella, all'epoca indicata, liquiderà la pensione di annue lire 1280.

(7487) *Ufficiale sanitario. - Indennità caro-viveri.* — Dott. G. G. da M. — L'ufficiale sanitario non è impiegato governativo. Ad esso, quindi, non compete la maggiore indennità caro-viveri deliberata nel settembre scorso a favore degli impiegati dello Stato.

(7488) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. S. da A. — Tenuto conto dei dati esposti Ella ha diritto alla indennità caro-viveri di lire 24 mensili. Tutto sommato non giunge Ella, infatti, allo stipendio di lire 4500.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

CASTEL DEL PIANO (Grosseto). — Ricercasi un medico condotto per il servizio interinale di Seggiano. La condotta è *piena* (a tutta cura gratuita) ed abbraccia una popolazione di circa 2400 persone, di cui metà in paese e metà sparsa per la campagna circostante. Località saluberrima. L'onorario offerto dal Comune è di L. 25 al giorno nette da ogni ritenuta. Rivolgersi al R. Commissario.

SAN LORENZO NUOVO (Roma), sopra il Lago di Bolsena. — Cercasi medico interino per il mese di dicembre 1918. Epidemia influenzale esaurita. Per trattative rivolgersi al dott. Ernesto Benedetti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il maggiore medico di complemento Giuseppe Roasenda, docente di neuropatologia presso la R. Università di Torino, il quale dall'agosto dello scorso anno è in zona di guerra, e dall'aprile di quest'anno ha la carica di consulente neuro-psichiatra della III armata, fu nominato con uno degli ultimi bollettini Cavaliere della Corona d'Italia.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

CENTRONE GIUSEPPE, da Casabona (Catanzaro), sottotenente medico reggimento fanteria. — Sotto il violento tiro dell'artiglieria nemica di ogni calibro, noncurante del pericolo, continuava coraggiosamente a prestare le proprie cure ai feriti ed a provvedere con energia al loro sgombero, anche quando, per l'intenso fuoco dell'artiglieria nemica, venivano abbattuti diversi ricoveri adiacenti al posto di medicazione. — Dosso Faiti, 14-16 maggio 1917.

NOTIZIE DIVERSE

I medici di Roma in onore dell'eroico collega Paolucci.

Il Consiglio dell'Associazione fra i medici-chirurghi liberi esercenti nella Provincia di Roma, riunito la sera del 2 novembre, orgoglioso che un medico di Roma — il dott. Paolucci — abbia aggiunto nuova fulgidissima gloria alla classe, già tanto benemerita sui campi di battaglia come negli ospedali, ed affermato ancora con epica gesta il tradizionale valore italico, deliberò di farsi iniziatore di solenni onoranze all'eroico collega, invitando a parteciparvi il primo magistrato di Roma e la presidenza dell'Ordine.

Il *Policlinico* esprime il suo fervido consenso a questa esaltazione dell'eroe audacissimo, che ha scritto una pagina di fulgida gloria e al quale va il plauso riconoscente della Patria.

Missione della Croce Rossa di Ginevra in Italia.

Una missione del Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha visitato in Roma vari ospedali della C. R. I., l'ufficio della Commissione centrale per i prigionieri di guerra, l'ospedale militare del Celio, il centro diagnostico per i tubercolosi, il centro fisioterapico. La Commissione svizzera si reca in Grecia; farà ritorno fra noi fra qualche settimana e visiterà altre organizzazioni sanitarie.

Un lutto del senatore Lustig.

Il sen. prof. Alessandro Lustig è stato provato da una grave sciagura: al suo affetto è stato sottratto il figlio amatissimo Giuseppe, tenente di artiglieria, reduce dal fronte, spentosi in un ospedale di Roma dopo brevissima malattia.

All'insigne scienziato triestino, che dall'inizio della guerra prodiga attività e sapere nell'esplicazione di un alto mandato per la tutela sanitaria dell'Esercito, mandiamo dal cuore le nostre condoglianze.

L'influenza in America.

Il *Medical Record* annunzia, nei suoi ultimi numeri pervenutici, che l'attuale pandemia febbrile si è diffusa in tutti gli Stati Uniti, assumendo carattere di gravità.

Si sono emanate varie misure profilattiche di rigore: a New York si è deciso di rendere obbligatoria la denunzia dei casi d'influenza e di polmonite e di procedere al ricovero coatto negli ospedali dei malati gravi le cui condizioni familiari non consentano un'assistenza soddisfacente; a Chicago si procede all'arresto di chiunque non ottemperi al divieto di sputare come pure di chiunque è sorpreso nell'atto di tossire o di sternutare senza far uso del fazzoletto; nella Columbia sono state chiuse le scuole e tutti i luoghi di divertimento; a Boston sono state escogitate varie misure per ridurre la congestione del traffico; ecc.

Per le donne degli ospedali militari.

L'on. Vinaj ha interrogato i ministri della guerra e del tesoro sull'esclusione delle operaie addette al guardaroba degli ospedali militari, dall'aumento di salario, nonchè sull'orario protratto, di dieci ore giornaliere continuative, imposto alle operaie stesse nell'ospedale militare principale di Roma.

Il ministro Zupelli ha risposto che è allo studio, presso il Ministero della guerra, un provvedimento inteso a migliorare le condizioni economiche delle donne addette al servizio di ospedali militari. Nell'ospedale di Roma l'orario di servizio di cui sopra è stato ridotto di mezz'ora.

Il 23 settembre, in seguito ad influenza, spegnevasi serenamente in Catania il dott. CARMELO FERLITO, libero docente di medicina operatoria, maggiore medico della Croce Rossa.

Di animo straordinariamente buono, di carattere retto e leale, fu cittadino ottimo, professionista emerito ed affettuoso padre di famiglia. Dotato di una solida cultura scientifica, accoppiata ad una pratica indefessa per lunghi anni nella Clinica chirurgica dell'ospedale Santa Marta, diretta dal Clementi, divenne abile chirurgo e per precisione di tecnica e per finezza diagnostica.

Lavoratore coscienzioso ed instancabile, la sua molteplice attività, divisa tra l'ospedale Santa Marta, l'ospedale territoriale della Croce Rossa e il Carcere giudiziario, di cui era sanitario, trovava margine per l'esercizio libero della professione, che praticò sempre con spirito cavalleresco e disinteressato, e per la pubblicazione di numerose monografie di indole scientifica e pratica. Rapito nel pieno vigore della vitalità e del lavoro, lascia un vuoto profondo nella scuola, nella società, tra i colleghi, fra gli amici. Alla vedova e alla figlia desolate sia di conforto la stima e l'affetto che lo circondarono in vita e il rimpianto unanime che l'accompagna dopo estinto.

F. Mannino.

È morto eroicamente, colpito da una granata austriaca nel primo giorno della nostra ultima offensiva, il 24 ottobre, il tenente medico EUGENIO HEUSCH, decorato di medaglia d'argento al valore e proposto per un'altra medaglia d'argento; contava 27 anni.

Indice alfabetico per materie.

Angina pectoris: terapia . . . . . . *Pag.* 1097
Armonie: notazione fisiologica . . . . » 1098
Cistifellea: prognosi delle infezioni . . . » 1096
Cistoscopia: tecnica . . . . » 1083
Dopo-guerra: insegnamento dell'odontoiatria e prostesi dentaria . . . . . » 1102
Dopo-guerra: provvedimenti igienico-sociali . . . . » 1100
Ferite dei nervi da proiettili di guerra: intervento chirurgico . . . . . . » 1077
Feriti gravi: celle calde per — . . . . » 1097
Fratture da arma da fuoco: trattamento » 1086
Influenza (febbre spagnuola): batterio bipolare . . . . » 1080
Influenza (L'epidemia di) e la Croce Rossa . . . . *Pag.* 1099
Malaria: attivazione stricnica dell'accesso » 1081
Mutilati del viso (I) ed i rinologi . . » 1084
Osteo-sintesi: saldatura dei fili metallici » 1082
Rachitide: trattamento . . . . » 1097
Scarlattina: trattamento con siero immune . . . . » 1096
Simulazione in dermato-venereologia . » 1091
Storia della medicina: Marziale e la medicina . . . . » 1093
Vittoria . . . . » 1099

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXV. Roma, 17 novembre 1918 Fasc. 46.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: E. Brignone: Contributo alla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica. — **Osservazioni cliniche:** C. Guarini: Contributo allo studio sull'ostacolo che può offrire il pericardio al cammino dei proiettili d'arma da fuoco (constatazione radiologica). — **Note e contributi:** F. Durand: Antiformina. Sua azione sulla morfologia e biologia del bacillo di Koch. — **Servizi sanitari:** G. Ruggi: Per la formazione del futuro corpo sanitario di complemento. — **Sunti e Rassegne:** CHIRURGIA: Walters, Rollinson, Jordan, Banks, Bowlby: 500 operazioni d'urgenza per ferite addominali. — MEDICINA: Casper: La nefrite dolorosa.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Le paralisi laringee associate. — SEMEIOLOGIA: L'adrenalina nel saggio dello stato e della funzionalità dell'apparato cardio-vascolare. — TERAPIA: La purgazione per via ipodermica ha il suo valore clinico. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Se l'ablazione del nervo nei trapianti di tiroide ne comprometta la secrezione interna. — **Varia:** L'edema da fame. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Albo d'oro.** — **Medicina sociale:** Provvidenze sociali post-belliche. — **Medaglioni:** Giacomo Filippo Novaro. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

Agli abbonati che si trovano in zona di guerra

L'Amministrazione prega vivamente i signori abbonati che si trovano in zona di guerra di notificare subito i loro eventuali mutamenti d'indirizzo, e ciò per evitare dispersione di fascicoli che l'Amministrazione non sarebbe in grado di rifornire in quanto che, dato il rincaro della carta, la tiratura del giornale è limitata allo stretto necessario.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI RISERVA DI CASALE MONFERRATO.
REPARTO LAZZARETTO.

Contributo alla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica

pel dott. EMILIANO BRIGNONE.

L'importanza che ha preso la meningite cerebro-spinale epidemica in questi anni di guerra rende opportuna l'insistenza a dimostrare l'efficacia immensa della sieroterapia specifica causale, a fine di poter combattere con maggior fede e con miglior successo tale morbo.

Fortunatamente è lontano il tempo in cui Dupré diceva che poche malattie sfuggono in modo così completo, come le meningiti acute, all'azione terapeutica.

Fino a pochi anni fa la cura contro la meningite cerebro-spinale epidemica era puramente sintomatica: oppio, rivulsivi, silenzio, calma, oscurità, bagni caldi. In seguito si tentò l'uso dell'argento colloidale per via sottocutanea o endovenosa; infine si cercò di influire sui microbi nello stesso liquido cefalorachidiano con iniezioni intrarachidee di elettrargolo, col sublimato, con la piocianasi, con l'iodio, col lysol.

Ma appena fu stabilita con sicurezza l'importanza del meningococco di Weichselbaum, come causa determinante della meningite cerebro-spinale epidemica e le sue proprietà biologiche, subito si inventarono quasi contemporaneamente in Francia, in Germania ed in America dei sieri per la cura specifica di questo male.

E con l'introduzione del siero antimeningococcico la lotta contro la meningite cerebro-spinale epidemica cambia aspetto: e se per le

passato noi eravamo quasi impotenti contro questa malattia, ora possediamo un'arma efficacissima.

Le statistiche, anche le prime, parlano in modo eloquente. Mentre prima per questa affezione la percentuale della mortalità variava dal 90 al 70 %, dopo l'introduzione del siero specifico andò abbassandosi in modo meraviglioso. Difatti Flexner col suo siero ebbe una mortalità del 29.6 %; Krohne, Lewy, Hahn, Tobben col siero Kolle e Wassermann del 18.35; Schöne col siero Jochmann del 25; Livierato e Conteal del 10.57. Il Rizzi poi riferisce di averli i suoi ammalati avuti tutti guariti; e altrettanto dice il Randone.

Con tutto ciò moltissimi non sono ancora d'accordo sull'efficacia della sieroterapia nella meningite cerebro-spinale, e parecchi vanno affermando di non avere ottenuti quei brillanti risultati che dai più vengono vantati.

Tale diversità di giudizio credo dipenda dalla disamina di statistiche nelle quali furono confusi casi curati con metodi o sistemi diversi; oppure, forse più che da altro, dalla dose, spesso insufficiente, del siero iniettato, o dal momento in cui la cura sieroterapica venne iniziata, o dalla modalità della cura o anche dalla qualità del siero, che se monovalente si dimostra inutile nei casi, tutt'altro che frequenti, nei quali la malattia è causata da un agente diverso dal meningococco, come ad es. dal parameningococco, dal pneumococco, ecc.

Essendo io stato nell'anno 1917 testè decorso incaricato del servizio sanitario dell'ospedale Lazzaretto di Casalmonferrato e avendo nel ciclo di molti mesi avuto occasione di curare parecchi infermi di meningite cerebro-spinale epidemica tutti passati a guarigione, ad eccezione di due, nei quali la malattia si era per uno manifestata con un decorso fulminante, e per l'altro intervenuto troppo tardi perchè portato in fin di vita, credo cosa non inutile dare ora relazione del lavoro compiuto e del metodo da me seguito, per venire poi a deduzioni concrete e precise, sia per portare il mio modesto contributo alla cura di tale terribile malattia, e sia anche per dimostrare una volta più che la sieroterapia antimeningococcica non mancherà di dare risultati assai buoni quando venga convenientemente applicata ed eseguita.

Premetto che i miei ammalati, tutti batteriologicamente controllati dal Laboratorio di Alessandria, non lasciano dubbio alcuno sulla veridicità della diagnosi. Uno solo, mandato come sospetto, fu riconosciuto immune e quindi rilasciato.

Gli ammalati da me curati per meningite cerebro-spinale epidemica furono 13, tutti adulti: dodici militari e uno borghese.

Eccoli per ordine di data con cui vennero accettati nel riparto: 1° M... L..., soldato ... art. pes. camp., entrato il 28 febbraio, guarito; 2° B... E..., caporale ... art. pes. camp., entrato il 10 marzo, guarito; 3° D... Q..., caporale ... genio, entrato l'11 marzo, guarito; 4° B... L..., soldato ... genio, entrato il 14 marzo, guarito; 5° L... L..., soldato ... genio, entrato il 21 marzo, guarito; 6° B... G..., soldato ... art. pes. camp., entrato il 21 marzo, guarito; 7° G... R..., soldato ... genio, entrato il 7 aprile, guarito; 8° L... A..., borghese, contadina, entrata il 20 aprile, morta dopo 9 giorni; 9° B... G..., soldato ... art. pes. camp., entrato il 1° maggio, guarito; 10° S... G..., soldato ... sanità, entrato il 3 giugno, guarito; 11° M... A..., soldato ... genio, entrato il 29 giugno, guarito; 12° T... S..., soldato ... genio, entrato il 21 novembre, morto dopo poche ore; 13° O... P..., soldato ... genio, entrato il 12 dicembre, guarito.

Qualcuno, come il n. 5 e 7, mi venne porto in condizioni ancora buone, con cefalea violenta, vomito bilioso, stitichezza, irrequietezza, insonnia, fotofobia, addolentimento profondo del tronco, dolorabilità dei movimenti del capo, rigidità incipiente dei muscoli della nuca e del dorso, ma senza, o quasi senza, febbre e con sensorio ancora completamente libero; in una parola, all'inizio della malattia e nel momento proprio favorevole della cura.

La maggior parte invece (n. 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11 e 13) entrò in stato molto grave, essendo il male già in periodo abbastanza inoltrato. Essi presentavano, cioè, irascibilità, eccitabilità e disturbi della coscienza; cefalea fortissima; rachialgia; impossibilitata flessione e rotazione del capo; tutti i sintomi di contrattura; Kernig seduto e supino; segno dell'alluce e della rotazione del bacino; sintomo della nuca; Brudzinski; Babinski; erpete labiale; stipsi; vomito biliare; riflessi tendinei, cremasterici e cutanei esagerati; posizione incoordinata dei bulbi oculari; ineguaglianza e rigidità e miosi pupillare; dermografismo; ventre a barca. Insomma, con quadro clinico tipico completo.

Tre poi (il n. 6, 8 e 12) in condizioni gravissime e pressochè disperate. Congesti, agitati, deliranti, urlanti, incoscienti; con opistotono

spiccatissimo e tutti i sintomi precedenti esagerati; tremiti fibrillari, trisma e incontinenza delle orine e feci.

Il liquido cefalo-rachidiano ottenuto colla puntura lombare si manifestò per tutti torbido, con forte pressione e colle caratteristiche della malattia. In due (n. 8 e 12) fu addirittura purulento. Il responso batteriologico ha dato, come già dissi più sopra, conferma positiva.

In tutti questi casi alla cura sintomatica ho sempre associata la puntura lombare unitamente all'iniezione intrarachidiana di siero antimeningococcico nello spazio sottoaracnoideo; e posso dire di aver ottenuto risultati invero splendidi, perchè su 12 ammalati ebbi undici guarigioni e un solo decesso, non tenendo calcolo del T... S... (n. 12) portatomi gravissimo e morto subito dopo poche ore, pel quale l'intervento terapeutico giungeva troppo tardi.

Vediamo ora quale fu il metodo da me seguito.

Per la cura sintomatica ho ricorso alla vescica di ghiaccio sulla testa ed alla nuca, che è stata ben tollerata dalla maggior parte degli ammalati ed ha arrecato beneficio specialmente contro la persistente ed intensa cefalea. Molto bene hanno giovato anche le iniezioni sotocutanee di morfina ed il bromuro di sodio, specialmente le prime, che, mitigando i dolori, hanno sovente procurato quiete e sonno agli infermi agitati o deliranti. Nei pochi casi in cui la temperatura si elevava, i preparati di chinino corrisposero egregiamente allo scopo abbassandola, e, oltre che a togliere un altro fattore pericoloso per l'esistenza del paziente, hanno anche svolta una benefica azione sul cuore.

Ma il metodo che meglio ha corrisposto alla mia aspettativa è stata la puntura lombare susseguita dall'iniezione endorachidea di siero antimeningococcico.

Questa veniva eseguita con un robusto ago da puntura lombare alla Quincke sull'individuo preferibilmente posto seduto di traverso sulla sponda del letto, col tronco fortemente inclinato in avanti e la testa bassa, nel solito luogo d'elezione (vale a dire, sulla linea del rachide nel punto d'incontro di una linea orizzontale che unisce le due creste iliache sotto l'apice dell'apofisi della IV vertebra lombare), previa sterilizzazione ed anestesia della pelle con tintura di iodio e cloretile.

Fatta la puntura, lasciavo defluire spontaneamente, senza alcuna aspirazione, generalmente 35-40 cmc. circa di liquido cefalo-rachidiano; poscia immediatamente, con una siringa già in precedenza preparata, iniettavo nello speco vertebrale 30 cmc. di siero antimeningococcico, vale a dire una quantità di poco inferiore al liquido estratto per modo da impedire o ridurre al minimo l'oscillazione della pressione intracranica e la consecutiva iperemia meningea, e, medicato con collodione l'ammalato, lo riponevo quindi a letto a testa bassa e col bacino lievemente rialzato per favorire più facilmente la diffusione del siero verso il cervello.

In nessun caso ebbi da notare accidenti od inconvenienti verificati da taluno, perchè ho sempre avuto l'avvertenza di iniettare, convenientemente riscaldato a 37°, il siero molto lentamente ed in quantità, come dissi testè, alquanto minore del liquido estratto, per evitare sia i bruschi aumenti di pressione, sia quei disturbi, transitorî ma pur sempre noiosi, che sono i dolori irradiantisi agli arti inferiori, lo stordimento, l'aumento della cefalea e persino il deliquio.

Fra i partigiani delle dosi massiccie di siero ed i timidi che si limitano ad iniettarne pochi cmc., io tenni adunque la via di mezzo, vale a dire dai 30 ai 50 cmc., ispirandomi alla regola che al letto dell'ammalato l'indicazione deve venir dal malato stesso, senza apriorismi e senza timidezza.

Sì; l'indicazione deve venire dal complesso sintomatico in rapporto all'andamento della malattia e dall'esame macroscopico del liquido cerebro-spinale estratto.

Mai dosi irrisorie però, nè isolate, chè sarebbero assolutamente insufficienti.

Tenni pure la via di mezzo fra il metodo di quegli autori che, quali Kolle, Comby, Halt, Koplik, Wassermann, fanno una sola iniezione e non la ripetono più che nei casi nei quali la prima non ha dato alcun miglioramento, e il sistema di quegli altri che, come Netter, Dopter, iniettano sistematicamente per due, tre, quattro giorni consecutivi la quantità conveniente di siero, anche se la prima ha provocato sensibile miglioramento. Io praticai sempre la prima iniezione endorachidea subito dopo la prima visita dell'ammalato, vale a dire appena entrato all'ospedale, e feci poscia susseguire le altre generalmente a giorni alterni fino a deciso miglioramento riscontrato.

E la guida più sicura per un nuovo intervento mi fu sempre offerta dall'esame metodico del liquido cefalo-rachideo: ancorchè i sintomi si fossero attenuati, quando il liquido permaneva torbido, praticavo una o parecchie altre iniezioni, che tralasciavo solo quando esso era ritornato normale.

Nella maggior parte dei miei ammalati ba-

starono 3-4 iniezioni di 30 cmc., e furono generalmente sufficienti dai 90 ai 120 cmc. di siero; in qualcuno però se ne richiesero quantità maggiori, con maggior numero di iniezioni. Al B... L... (n. 5) ne occorsero sei con un complessivo di 180 cmc. di siero; e il B... G... (n. 6) non manifestò un deciso miglioramento se non dopo ben nove iniezioni, con dosi sempre crescenti da 30 a 40 a 50 cmc. e con un consumo di circa 400 cmc. di siero antimeningococcico.

Dunque la dose da iniettare varia da 30-50 cmc. negli adulti, da 20-30 nei ragazzi e da 10-20 nei bambini; e può essere ripetuta successivamente a seconda del decorso della malattia e della gravità del caso. Dobbiamo però ricordare che un'iniezione unica non basta mai, perchè sembra che il segreto della cura consista appunto nel fare un vero lavaggio dello speco vertebrale per attenuare la virulenza del liquido rachidiano. E ricordiamo anche che mentre una dose troppo piccola può riuscire inefficace, una dose piuttosto generosa non riesce mai dannosa.

In genere già dopo la prima iniezione si rimane stupiti nel constatare come i sintomi si siano considerevolmente attenuati: alle volte quasi immediatamente. Questo rapido miglioramento è del tutto paragonabile a quello che si ottiene nella difterite con il siero specifico. La maggior parte dei sintomi nervosi migliorarono: il coma, la cefalea, il delirio, l'insonnia furono i primi a cessare. Nel medesimo tempo la temperatura si era abbassata notevolmente, tanto da presentarsi nei giorni successivi normale, oppure l'abbassamento avveniva per lisi, impiegando tre o quattro giorni per scomparire in modo completo. La rigidità della nuca e le contratture furono sempre le ultime a svanire. Il liquido cefalo-rachidiano era ridiventato normale: non era più torbido, nè lattiginoso, ma limpido e microscopicamente subito si notava la rapida regressione della forma leucocitaria, indice della lesione meningea.

Nel caso già surricordato del B... G... (n. 6), che fu uno dei più gravi ammalati di meningite cerebro-spinale epidemica avuti da me in cura e che per circa tre settimane rimase fra la vita e la morte senza segnare mai miglioramento alcuno, ho creduto bene alle iniezioni sieroterapiche endorachidiane associare anche quelle sottocutanee di detto siero, alla dose di 20 cmc., che praticavo a giorni alterni, quando cioè non faceva la puntura lombare, pensando di coadiuvare in tal modo la cura tipica e di renderla, per così dire, più completa.

Difatti, se per Fanciulli, Federici ed altri autori queste iniezioni riuscirono efficaci e costituirono da sole un sistema eccellente di cura della meningite cerebro-spinale epidemica, per quanto meno pronto e meno energico di quelle endorachidiane, dimostrandosi il siero antimeningococcico usato per via sottocutanea egualmente specifico, reputai conveniente sperimentarlo in unione all'altro metodo nella persuasione che un qualche vantaggio avrebbe portato al mio ammalato. E partivo dal concetto che la meningite cerebro-spinale epidemica è un'infezione quasi sempre più o meno generalizzata anche quando l'emocoltura non rivela la presenza di meningococchi nel sangue e che perciò, iniettando io sottocute siero specifico, facevo assimilare dall'organismo una quantità di siero che avrebbe attenuata questa infezione.

Dall'uso di tali iniezioni non riscontrai mai inconvenienti di sorta, e son d'avviso che possono essere di qualche vantaggio, tanto più che vennero preconizzate come mezzo di cura profilattica della meningite cerebro-spinale epidemica e già vengono usate a tale scopo con notevoli risultati. Nel caso estremamente grave del G... B... (n. 6), della cui guarigione già disperavo, mi sono infatti con esse trovato assai soddisfatto e la sua salvezza si deve probabilmente attribuire all'associazione di questi due metodi.

Quindi nei casi gravissimi ritengo che si potrebbero benissimo, come cura coadiuvante e più completa, alle iniezioni endorachidee associare quelle sottocutanee o endomuscolari, le quali, se agiscono come le antidifteriche, le antitifiche, le anticarbonchiose, le antitetaniche, non mancheranno di influire in modo benevolo sull'andamento della malattia.

Di tutti i meningitici avuti in cura già dissi che due soli vennero a soccombere. Uno, il T... S... (n. 12), mi venne portato morente e l'intervento troppo tardivo non ebbe più nessun potere ad attivare alcuna scintilla della vita; morì difatti poco dopo. L'altra (si trattava di una robusta contadina di 19 anni, certa A... L..., n. 8), per l'indugio di qualche giorno frapposto a mandare pel medico, venne defraudata del tempo maggiormente utile e più adatto per una più probabile, per non dire più sicura, guarigione; perchè è ormai dimostrato che nella meningite cerebro-spinale epidemica quanto più presto viene praticata la sieroterapia, tanto più aumentano le probabilità di guarire. Quando essa venne portata al Lazzaretto e ricoverata nell'apposita sezione dei borghesi si trovava in condizioni molto gravi. Sebbene l'in-

tervento giungesse un po' tardivo, non tralasciai però di trattarla subito energicamente con generose iniezioni endorachidee di siero. La letteratura medica accenna a guarigioni complete avvenute anche a periodo avanzato della malattia, ed io già andavo lusingandomi, avendo in essa riscontrato un leggiero miglioramento. Il liquido cefalo-rachideo difatti si era già alquanto rischiarato, il sensorio fatto più libero e la febbre scemata, quand'ecco insorgere tutto ad un tratto una forte recrudescenza di tutti i sintomi, la malattia assumere un decorso fulminante, e, col liquido ritornato torbidissimo, manifestarsi trisma, convulsioni seguite da coma mortale.

Questi due casi sono assai tipici ed istruttivi. Certamente la sieroterapia non guarisce sempre tutti i casi di meningite epidemica. Anche se è applicata con tutte le indicazioni più razionali si dimostra impotente quando il male assume un andamento fulmineo, o ha una forma setticemica ed ipertossica, o manifesta un decorso cronico causato da un'infezione bacillare.

Io però ho riscontrato che ogniqualvolta potei intervenire presto, proprio all'inizio, vale a dire in seconda giornata, come mi accadde nei due ammalati 5 e 7, la malattia fu facilmente arrestata e sempre in breve tempo e con splendidi risultati guarita. Quando invece mi capitò, e fu soventissimo, di intervenire fra il terzo, quarto e quinto giorno, il male si dimostrò più ostinato ed il miglioramento più lento. Ebbi poi esiti non sempre positivi e risultati alcune volte assai contrastati dopo una lotta assai tenace, quando la cura venne, come nei nn. 6, 8 e 12, di molto ritardata.

Nell'intraprendere la cura sieroterapica della meningite cerebro-spinale epidemica il medico deve perciò procurare venga sempre applicata al più presto possibile. Anche nei casi dubbi, anzichè aspettare i risultati dell'esame batteriologico, conviene ricorrere all'uso del siero, che non nuoce mai anche quando, invece del meningococco del Weichselbaum, si trovasse il pneumococco o il bacillo di Koch; mentre un ritardo anche lieve può compromettere l'andamento della malattia e riuscire spesso fatale. Sappiamo di forme fruste, che possono farsi gravi e anche fulminanti.

Il rapido diagnostico è indubbiamente sempre legato alla più sicura guarigione; si faccia adunque sempre, anche nel dubbio, la puntura lombare e si intervenga sempre col siero anche quando non si hanno ancora gli elementi per una diagnosi precoce. D'altronde la puntura precoce è anche, e già per sè stessa, un buon elemento di giudizio, in quanto che la sola apparenza del liquido cefalo-rachidiano è uno dei criterî fondamentali per la diagnosi della malattia. Oltre a ciò, la puntura riesce sempre utile per la decompressione che esercita nel canale intrarachidiano; quindi una nuova ragione per vieppiù prediligerla.

In tutti i miei guariti non ebbi poi a constatare nessuna di quelle disastrose complicanze (cecità, paralisi, ecc.), che sogliono verificarsi negli individui non sottoposti alla cura, o sottoposti a cura insufficiente. In uno solo, nel n. 1, residuò bensì una discreta sordità bilaterale che col tempo andò però sensibilmente migliorando, e questo fu appunto l'unico ammalato che, per circostanze speciali, ebbe una cura saltuaria ed irregolare.

La guarigione dei miei meningitici fu adunque quasi sempre completa, vale a dire senza complicanze (10 su 11), e si può perciò con tutta sicurezza affermare che la sieroterapia antimeningococcica oltre che dare con maggiore probabilità la guarigione, abbrevia altresì la durata della malattia e lascia gli ammalati senza reliquati e perfettamente sani.

Una ricaduta, dopo un buon periodo di miglioramento progressivo, l'ebbi però nel B... L... (n. 4); ma con altre due iniezioni la malattia riprese il suo decorso normale e si avviò poi a decisa e completa guarigione.

Per la cura ricorsi al siero antimeningococcico preparato presso il Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica, diretto dal professor B. Gosio, e sempre ho avuto a lodarmene, essendosi ognora addimostrato in modo indubbio di efficacia sicura e costante. È esso siero di sangue di cavallo iperimmunizzato contro molteplici stipiti virulenti del germe specifico, polivalente e al tempo stesso antitossico e batteriolitico.

Conviene dare sempre la preferenza al siero antimeningococcico polivalente, perchè, oltre a dimostrarsi efficace contro i vari bacilli, rende pure inutile l'accertamento della natura della malattia, se è cioè dovuta ai meningococchi oppure ai parameningococchi.

Ed ora, dacchè ci siamo, anche due parole sulla profilassi, che riassumerò in pochi postulati.

La trasmissione diretta del meningococco da un individuo all'altro essendo la causa precipua dell'infezione, converrà quindi:

1° isolare l'ammalato accertato o sospetto e inviarlo preferibilmente nel luogo adatto di cura più vicino;

2° isolare le persone addette alla di lui assistenza;

3° disinfettare la camera, adoperando per le pareti il latte di calce, pel pavimento una soluzione calda di soda al 10 %, per la biancheria e gli oggetti letterecci l'autoclave o la lisciviazione;

4° considerare come portatori di germi quanti ebbero contatto coll'ammalato ed usare verso di essi per due-tre settimane debite precauzioni, come sarebbe: tenerli isolati, sottrarli dalla libera circolazione, farli dormire e mangiare in locale separato; curarne la stretta proprietà personale degli oggetti d'uso che possano venire a contatto con la bocca e con la faccia; lavarne e disinfettarne gli oggetti d'uso a parte con soluzione bollente di soda per i piatti e le posate e colla lisciviazione per le biancherie; visitarli tutti i giorni specialmente alla gola e alle narici; sterilizzarne il naso e le fauci ricorrendo a pennellazioni con glicerina iodata al 3 % delle amigdale, a gargarismi antisettici, a lavaggi nasali con soluzione diluita di acqua iodata o di permanganato di potassio, ad applicazioni endonasali di pomata mentolata.

Questo di sterilizzare il naso-faringe è un lodevole atto di buona prevenzione, che io ho adottato anche per i miei ammalati e del quale sono sempre stato soddisfatto, tanto che lo consiglio caldamente a tutti.

Ma, affinchè la profilassi possa essere proprio ben fatta e possa dare tutte le garanzie di incolumità e rendere ognora minore il numero delle vittime della meningite cerebro-spinale epidemica, che tanta importanza ha per la popolazione civile e, specialmente in questo momento, anche militare, converrà che i comuni metodi profilattici finora adoperati vengano coadiuvati da altri mezzi di lotta più moderni e più efficaci.

Quindi isoliamo pure il meningitico, isoliamo quando è possibile i portatori di germi; combattiamo l'umido, il freddo, le fatiche, gli strapazzi, le preoccupazioni; pratichiamo pure la disinfezione del naso e della gola degli ammalati e dei portatori di germi; disinfettiamo la biancheria, gli oggetti che hanno avuto contatto con loro, gli ambienti che li hanno ricoverati; ma ricorriamo altresì all'arma che tanta riuscita ha avuto nella profilassi di altre numerose malattie infettive, cioè alla siero-profilassi o alla vaccinazione preventiva.

La siero-profilassi, fatta con siero antimeningococcico per via sottocutanea alla dose di 20 cmc., ha sempre magnificamente corrisposto allo scopo ogniqualvolta in tempo di epidemia di meningite cerebro-spinale venne esperimentata nelle persone più esposte al contagio.

Altrettanto dicasi della vaccino-profilassi con vaccino polivalente, la quale, secondo i recenti studi di Black e Sophian, conferisce un'immunità solida e duratura.

Facciamo adunque tesoro delle esperienze altrui e sappiamo applicarle nei momenti opportuni.

Ed ora chiudiamo.

Dal complesso delle mie osservazioni e da quanto son venuto finora esponendo risulta adunque chiaramente che la meningite cerebrospinale epidemica non è allo stato attuale delle cose a temersi più che qualsiasi altra malattia specifica, quando si interviene a tempo con ripetute e generose dosi di siero, cosicchè ogni medico può, anche nelle più umili borgate, trovarsi in grado di lottare e di vincere con certezza il morbo, che, in tempo ancora non lontano, era causa di giustificato terrore universale.

Terranova Monferrato, aprile 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI VERONA
diretto dal col. med. cav. ORLANDI dott. GIOVANNI.

GABINETTO RADIOLOGICO
diretto dal cap. med. COLESCHI dott. LORENZO.

Contributo allo studio sull'ostacolo che può offrire il pericardio al cammino dei proiettili d'arma da fuoco (constatazione radiologica)

pel dott. CARLO GUARINI, tenente medico.

Sono noti oggi molti casi di proiettili fermati dal pericardio nella loro corsa attraverso i tessuti del corpo.

Ho, però, notato sia dai casi riportati dalla letteratura, sia da quelli che ho avuto l'opportunità di osservare durante il periodo che ho lavorato col compianto maggiore medico dottor Carlo Infante, e dopo, che i proiettili arrestati dal pericardio avevano seguito le più strane vie per giungere in contatto con esso.

Mi sono poco noti i casi di ferite dirette alla regione cardiaca che non presentassero poi complicazioni sia a carico della pleura sia a carico dei polmoni o del cuore stesso.

* * *

Nel luglio del corrente anno mi fu inviato al Gabinetto Radiologico, per essere sottoposto ad esame il soldato P... M.. del... reggimento fanteria.

Il P... narra di essere stato ferito durante un combattimento. Appena ferito si recò al posto di medicazione che lo avviò in ospedale. Il P... appena ferito e durante la degenza in ospedale non ha mai avuto sputo sanguinolento. All'esame obbiettivo si nota al terzo spazio intercostale di sinistra, a circa due cm. dal margine dello sterno, una cicatrice, di forma rotondeggiante, che non contrae aderenze coi sottostanti tessuti. A carico del cuore si nota: area cardiaca normale per forma, volume e posizione. Toni cardiaci netti; il 2° tono sulla punta è accentuato; nessun rumore di soffio o sfregamento pericardiale. P. 88. Nei movimenti non ha dispnea. Polmoni nulla di anormale.

Di tanto in tanto il P. sviluppa un rumore simile a singhiozzo, ingurgitando aria ed emettendola successivamente. Si lagna di un dolore che occuperebbe in toto la regione cardiaca; di senso di oppressione ed affanno nel salire le scale.

***

L'esame radioscopico mette in evidenza, quasi all'altezza dell'angolo formato dall'ombra del ventricolo sinistro con l'ombra dell'arteria polmonare, (punto G degli autori francesi), una palletta di shrapnell, mobile, partecipante ai movimenti del pericardio, subente uno spostamento dal basso all'alto. Partecipa anche ai movimenti del cuore ed a quelli respiratori. Facendo sospendere i movimenti respiratori il proiettile continua ad avere le oscillazioni che gli vengono dal ritmo cardiaco.

L'ombra del cuore era nettamente visibile, facendo così escludere versamenti; i movimenti erano visibilissimi e normali, in modo da fare escludere qualsiasi sospetto di sinfisi pericardica.

Le espasioni polmonari erano normali; nulla esisteva a carico delle pleure, dei polmoni. Ben visibili i seni costo-diaframmatici e cardio-diaframmatici.

Esaminato il P... sotto tutte le incidenze luminose ho notato che la palletta si adagiava in una piccola infossatura della parete pericardiaca anteriore, ubicata nel sito sopradetto.

Dato poi che la palletta seguiva sempre i movimenti del cuore, lascia presumibilmente supporre che essa si è incistata sulla parete pericardiaca.

***

Questo caso è interessante per la regione in cui il P... è stato ferito e dimostra chiaramente come il pericardio offre una forte barriera di arresto ai proiettili.

I ricordi anatomici e fisiologici confortano, a mio modo di vedere, la tesi, se pensiamo che a sinistra il margine del polmone presenta una incisura che si estende dalla 4ª alla 6ª cartilagine costale. In corrispondenza del 4° e 5° spazio intercostale, secondo Testul, il margine del polmone dista dal margine sinistro dello sterno per 55-65 mm. Nelle profondi espirazioni, però questo margine si retrae, mettendo allo scoperto il pericardio.

Bisogna, però, tener presente che il pericardio non è in immediato contatto colla parete posteriore dello sterno; ma ne è diviso da tessuto cellulo-adiposo che è più spesso in alto, riducendosi a circa un centimetro di spessore all'altezza dell'appendice ensiforme. Questo tessuto areolo-adiposo riempie lo spazio prepericardico.

Il pericardio, sacco fibro-sieroso, formato da una spessa lamina fibrosa, molto resistente, costituito da fibre di connettivo frammiste a gran numero di fibre elastiche, è situato dietro lo strato adiposo. Si presenta con la sua faccia anteriore molto convessa nel senso verticale. La base del pericardio ha la forma di un ovale irregolare, presentando la grossa estremità a destra; il grande asse è diretto obliquamente da dietro in avanti e da destra a sinistra. Il pericardio è tenuto fisso oltre che dalle robuste aderenze al centro frenico, da tre ligamenti; il vertebro-cardiaco o ligamento sospensore di Berard, costituito da una robusta lamina fibrosa che dalla faccia posteriore e superiore del pericardio si va ad inserire alla faccia anteriore della 3ª vertebra dorsale; dal legamento sterno-cardiaco superiore che si inizia dalla parete anteriore e superiore del pericardio, dirigendosi in alto ed in avanti verso la forchetta dello sterno; dal legamento sterno-pericardico inferiore che parte dalla faccia anteriore ed inferiore del pericardio alla base dell'apofisi ifoidea.

Il cuore è situato nel sacco pericardico; durante i suoi movimenti è sempre a contatto con esso. Però il margine inferiore del cuore non occupa il fondo dell'angolo diedro che è formato dall'unione della faccia anteriore con la base del pericardio; lascia libero uno spazio di circa 2 cm.

Nelle forti inspirazioni le curve diaframmatiche si appianano, si ha un abbassamento totale, poco pronunciato pel centro frenico, molto pronunciato nelle parti laterali, che corrispondono ai polmoni. Questo abbassamento determina un aumento del diametro verticale del torace. Le fibre costali, poi, fatto punto d'appoggio sul centro diaframmatico, innalzano le sei ultime costole, determinandone contemporaneamente uno spostamento in fuori ed un conseguente aumento dei diametri trasversi del torace. Secondo Hasse, (citato da Luciani) du-

rante la inspirazione profonda il lobo destro del centro tendineo discende di 2,5 cm., il lobo sinistro di 2 cm., il lobo medio di 1 cm.

Tenendo presente queste condizioni, il pericardio alla fine di una inspirazione profonda deve trovarsi aumentato nei suoi diametri verticali e trasversali. Il cuore in questo momento perde per un istante i suoi rapporti con la parete anteriore del pericardio, la cui convessità si spiana, gira sul proprio asse da sinistra a destra, lasciando libero uno spazio fra la sua faccia anteriore e la parete del pericardio. Questo viene a trovarsi teso fortemente, ma, nello stesso tempo, deve risentire ancora delle oscillazioni trasmessegli dal cuore.

Venendo in questo momento colpito il pericardio da un proiettile dotato di scarsissima forza viva, cede infossandosi. Le sue vibrazioni, però, devono agire sul proiettile respingendolo in avanti. Questi incontrando il soffice cuscinetto adiposo vi si impiglia, essendo spinto contro la parete posteriore dello sterno, ove esaurisce la residuale forza viva.

Non saprei altrimenti spiegarmi l'ostacolo che oppone il pericardio al cammino dei proiettili. Che se non si formasse uno spazio reale tra pericardio e cuore, se quest'ultimo non dovesse perdere i rapporti col pericardio, un corpo estraneo, quantunque dotato di scarsa forza viva, lo ferirebbe.

Tenendo presente che il P... è stato ferito durante il combattimento, quando la meccanica respiratoria è nella sua massima efficenza; dovendosi escludere, per i dati clinici, lesioni polmonari, il P... ha dovuto essere ferito sul finire di una espirazione profonda, nel momento in cui l'aria cardiaca non era coperta da tessuto polmonare, ed il principio di una forte inspirazione.

Il proiettile, che doveva essere dotato di una forza viva scarsa, avendo attraversato gli abiti, che come è noto oppongono una forte resistenza, poi la cute, i muscoli sottostanti, entrando nel torace ha incontrato il tessuto cellulo-adiposo sottostante, ha perduto ancora della sua forza viva, è scivolato in basso ed è stato trattenuto dal pericardio fortemente teso e vibrante. La residuale forza viva del proiettile, già scarsa in principio, dato le resistenze oppostegli dai diversi tessuti attraversati e dalle esposte condizioni del pericardio, si è completamente esaurita per la forte barriera incontrata.

* * *

I disturbi accusati dal paziente si possono forse spiegare ammettendo che il tessuto di reazione infiammatoria che si forma attorno al proiettile, incistandolo, deve impigliare qualche ramuscolo del vago e del frenico.

Il dolore in toto della regione cardiaca si può forse spiegare a causa dell'urto continuo che subisce il muscolo cardiaco sul proiettile.

Verona, 27 agosto 1917.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE SPECIALE DI RISERVA N. 8
Direttore comm. prof. G. B. RAMOINO
LABORATORIO BATTERIOLOGICO.

Antiformina.
Sua azione sulla morfologia e biologia del bacillo di Koch.

Dott. F. DURAND, tenente medico.

L'antiformina per la prima volta messa in commercio dalla casa Merk è composta all'incirca dell'8 % di idrato sodico libero e del 5 % di cloro allo stato di combinazione.

Il suo uso per l'arricchimento dei bacilli tubercolari nei vari materiali da esaminare (feci - urine - espettorati) è riconosciuto generalmente efficace.

Nell'usufruire di questo mezzo per la ricerca dei bacilli della tubercolosi su una cinquantina e più di espettorati al giorno ho avuto la possibilità di indagare quale vantaggio offra sui comuni metodi, specialmente quando è difficile di mettere in evidenza i germi di Koch coi mezzi comuni.

Le mie ricerche hanno avuto come scopo di riconoscere, come l'antiformina liberi il bacillo tubercolare da tutti i microbi ed elementi cellulari che lo accompagnano e quale azione esplichi contemporaneamente sulle sue proprietà morfologiche e biologiche.

L'antiformina scioglie rapidamente tutti i componenti morfologici dell'espettorato, comprese le varie specie microbiche, ma anche lo stesso bacillo tubercolare, quantunque più resistente, viene più o meno attaccato e talora addirittura disciolto. Ciò dipende dalla concentrazione. Così nella proporzione del 60 % il bacillo di Koch viene disciolto in pochissimo tempo (10 minuti in media).

Ho eseguito varie diluizioni di antiformina (60, 50, 40, 30, 25, 20, 10, 5 %) per vedere fino a quale diluizione poteva ancora ledere l'integrità dei bacilli di Koch, ed ho potuto osservare che solo alla diluizione del 10 %-7 % i bacilli non erano molto modificati nelle loro proprietà morfologiche e acido-resistenti.

In tutte le altre diluizioni andavano proporzionatamente crescendo i danni provocati dal-

l'antiformina all'integrità morfologica e biologica del bacillo. Circa le proprietà morfologiche è degno di nota il fatto che esso facilmente assume la forma granulare; circa la colorazione l'ho notata diminuita in genere, ed in grado diverso, a seconda che i bacilli erano stati più o meno a contatto con l'antiformina, inquantochè la massa dell'espettorato viene sciolta gradualmente.

Il germe trattato con antiformina perde molto della sua resistenza, cosicchè alcuni bacilli vengono completamente scolorati.

Nei casi in cui i bacilli si trovano in poca quantità nell'espettorato, anche usando la diluizione più appropriata (7 %) l'arricchimento è più apparente che reale, e di fronte poi ai comuni mezzi adoperati per l'allestimento dei preparati da esaminare il trattamento precedente con antiformina rende spesso negativa la ricerca delle forme granulari.

Nei casi in cui, pure trattandosi di tubercolosi polmonare con fatti catarrali, ciò non ostante non si trovano bacilli nell'espettorato colle indagini comuni anche ripetute, il metodo dell'antiformina ha dato risultati egualmente negativi. Date queste proprietà dell'antiformina era facile desumere che il bacillo di Koch fosse leso anche nelle sue proprietà biologiche. Fatte varie diluizioni (50, 45, 40, 35, 30, ecc., 5 %) e trattando con esse espettorato ricchissimo di bacilli, ho trasportato in parti uguali il centrifugato diluito in secondo tempo in acqua fisiologica, su due terreni nutritivi (Hesse e siero solidificato). In altri tubi di controllo ho innestato materiale di organi tubercolari di cavie. Siccome lo stesso espettorato era trattato con diluizioni diverse di antiformina, e quindi di vario potere dissolvente — affinchè da una parte i bacilli dell'espettorato più presto disciolto non rimanessero più tempo a contatto coll'antiformina che non quelli dell'espettorato digerito più lentamente da diluizione più forte — interrompevo con la centrifugazione e il lavaggio consecutivo l'azione dell'antiformina non appena la dissoluzione dell'espettorato era avvenuta.

Il risultato fu che in nessun tubo si ebbe sviluppo mentre nei controlli si ebbe positivamente.

Lo stesso espettorato trattato allo stesso modo, fornì il materiale d'innesto per 10 cavie alla piega inguinale. Il risultato fu negativo tranne che per le cavie trattate con antiformina diluita di 1 : 5.

Per ragioni economiche e di comodità ho in seguito continuato ad adoperare un liquido digerente che si ottiene sciogliendo: ipoclorito di calcio gr. 100 in gr. 800 di acqua (agitando per 1-2 ore), aggiungendo soluzione satura di carbonato di potassa fino che non precipiti più la soluzione di ipoclorito di calce e l'1 % di idrato sodico. Il filtrato viene mantenuto in recipienti chiusi.

In genere si può concludere che l'antiformina o qualunque altro liquido consimile danneggia le proprietà morfologiche e biologiche del bacillo di Koch. Come le danneggi lo possiamo in parte comprendere dalle esperienze di Bulloch e Macleod (C. R. R., XXXVI, 563); per cui con una soluzione diluita di idrato sodico e per il trattamento consecutivo con etere si può ottenere dai bacilli di Koch della cera che ha l'acido-resistenza perduta dai germi in seguito al trattamento.

Quindi la tecnica ordinaria bene usata, specie per la ricerca di bacilli che si trovano in scarsa quantità nell'espettorato e magari sotto forma granulare, offre dei vantaggi sul trattamento con antiformina che, anzi, per la sua azione dissolvente può falsare il reperto.

È buona norma ripetere per alcune volte nello stesso giorno, e nei giorni seguenti con altro espettorato (specialmente del mattino) gli esami coi comuni metodi. Quando il risultato è negativo è necessario ricorrere alla inoculazione nelle cavie.

L'azione sterilizzante dell'antiformina, come si è visto, sta in diretta proporzione col potere digerente della diluizione, e si può sfruttare con vantaggio di fronte a tutti gli altri disinfettanti.

SERVIZI SANITARI.

Per la formazione del futuro corpo sanitario di complemento.

Nota del prof. G. RUGGI,
consulente chirurgo del 6° Corpo d'armata.

Tra le vicissitudini molteplici della mia lunga esistenza debbo registrare il ricordo dei giorni trascorsi nel 1866 al servizio militare, da prima quale semplice fuciliere del 13° Reggimento Fanteria e dopo quale militare nell'ospedale della Badia di Bologna. Fui assunto all'ospedale in qualità di esercente medico, così penso si chiamassero allora, se non erro, gli studenti di medicina del 5° e 6° anno e che ora sono detti *aspiranti*. Ero regolarmente iscritto al 5° corso. In quel momento fungeva da direttore dell'ospedale un maggiore medico di carriera, ottimo uomo e soldato rigoroso per la disciplina, col quale, passati molti anni, essendo andato egli a riposo col grado di maggiore generale ed io essendo cresciuto in età e condizioni sociali, ebbi di poi seco tanti e così cordiali rapporti, facendo parte ambedue delle diverse amministrazioni cittadine.

Ebbene, quei pochi mesi di vita militare, essendo la guerra durata soltanto 6 mesi, infusero in me un senso così profondo di rispetto verso coloro che furono i miei superiori e di disciplina sentita, che avrei voluto potere trasmettere questi miei sentimenti a tutti coloro che furono di poi meco in rapporto di relativa sottomissione. Non potendo fare altro, mi sono limitato ad esigere bonariamente dai miei assistenti ed amici che, durante le peripatetiche nostre passeggiate, camminassero al passo, simbolo anche questo, a mio avviso, di disciplina, sebbene espressa in forma tutta pedestre.

Egli è certo che nella vita militare si avvertono per noi borghesi delle grandi noie, delle restrizioni soverchie alla libertà individuale; e, forse anche, vi saranno dei grandi difetti; ma qualora quella fosse illuminata da più razionale disciplina, compatibile cioè coi tempi moderni, io penso, che potrebbe essere di grande vantaggio per il nostro paese.

Gli italiani, nella loro grande maggioranza, sono intelligenti, buoni, rispettosi, ma mancano di disciplina, e questo si osserva in ispecie nei giovani. Tutelati o comunque stimolati, sono capaci di eroismi; ed è in questo senso che giudico l'attuale guerra, oltre a tutto, di grande giovamento per stimolare l'alto sentire e formare il carattere adamantino, disciplinato dei giovani italiani. Ciò ho potuto all'evidenza constatare di recente, stabilendo dei confronti fra i giovani studenti militari che frequentarono nel passato anno scolastico la scuola ed i giovani borghesi.

Nel corso accelerato del testè passato periodo scolastico, in cui i giovani studenti del 4° anno, militarmente inquadrati, frequentarono in corpo la Clinica chirurgica, comandati da ufficiali, vidi aggiungersi alla frequenza loro imposta, tanta religiosa attenzione, quale si osserva soltanto in coloro che si rendono consapevoli e compenetrati dell'insegnamento che viene loro impartito. Mi consta poi che eguale attenzione gli studenti stessi prestarono alle altre scuole, per guisa che brillanti oltre ogni dire riuscirono gli esami sostenuti nelle singole materie. Ed io stesso, commissario in parecchi esami, ho potuto convincermi del massimo profitto ricavato dalla grande maggioranza di detti studenti; cosa questa non tanto diffusamente constatata negli studenti degli anni precedenti.

Il Liceo troppo comprime e sfibra, a mio avviso, i giovani fisicamente, moralmente, intellettualmente, per modo che questi nella Università, divenuti d'improvviso liberi ed indipendenti, ad usura ne approfittano per dedicarsi a facili e da lungo tempo sospirati sollazzi. Questo naturalmente asserisco per la massa dei giovani, fatte le eccezioni dovute per quelli che formano, per la loro disciplina e valore, il nucleo fattivo che tanto onora il nostro paese.

Io ho visto per lunga esperienza che i migliori allievi del Liceo che si dedicano agli studi nostri, non sempre conservano negli studi nuovi quell'attività che avevano in antecedenza. Questi giovani sapienti, avventurandosi nelle scuole universitarie per gli studi medico-chirurgici, non pensano che, mentre l'ottima preparazione fatta nelle scuole secondarie costituisce una base di coltura generale preziosissima per tutte le discipline in genere, poco serve per lo studio scientifico e pratico della medicina e più ancora della chirurgia.

Per queste è necessario una nuova grande preparazione, un corredo infinito di cognizioni svariate che solo collo studio assiduo nelle scuole, dove tutto è preparato, anzi accumulato per rendere completa la istruzione, si possono facilmente apprendere.

Posto questo, è d'uopo nella vita civile tutelare i giovani con amorevolezza, per non dar luogo a pericolose reazioni.

Un mezzo efficacissimo è per certo l'esempio, il quale nelle Università più che mai, dovrebbe venire dall'alto, cioè dai maestri, che dovrebbero mostrarsi attivi e volonterosi di infondere

nei propri allievi quell'entusiasmo allo studio e alla ricerca del vero che costituiranno il patrimonio scientifico e morale della loro mente e del loro animo.

Ora purtroppo questo non sempre avviene!

Ma, tornando ai giovani nostri studenti, per i quali ebbi sempre un paterno affetto, sono convinto che nella vita civile, lasciati completamente a sè, la grande maggioranza non lavora a sufficienza, specie nei primi anni di Università. Non imparano, perchè non studiano, gli elementi più fondamentali della scienza medica, base dei futuri studi clinici. Ai miei tempi, cioè mezzo secolo fa, non si passava al secondo anno del corso universitario se non si erano dati gli esami del primo, e così via di seguito; lo che costituiva una grande remora. Ma al presente, per la concessa, sconfinata libertà di studi, i nostri allievi giungono ai corsi clinici, avendo talvolta in arretrato una zavorra di esami, costituita anche dalle materie più necessarie, quali le anatomie, e quelle dei primi anni, quali le chimiche, la botanica, la fisica e via dicendo.

Sono state emanate delle ingiunzioni, dei regolamenti restrittivi; ma non sono osservati, ed il fatto persiste ed ora tanto maggiormente.

Avviati i giovani agli studi clinici, nei quali per necessità tutti i precedenti vengono richiamati volta a volta per l'interpretazione dei fatti morbosi ed il loro trattamento, sentono la loro deficienza, momentaneamente insanabile. Avviene allora che parecchi, stimolati dall'attrazione suggestiva degli studi clinici, ritornano sui loro passi e rifanno in senso inverso la strada perduta, mentre altri o restano ignoranti o si danno ad una specialità. Rispetto a questi poi debbo aggiungere che specialisti di valore riescono solo quelli che si mostrarono in antecedenza valorosi pure nelle cliniche generali. La chirurgia, per essere con coscienza esercitata, ha più che mai bisogno di cognizioni anatomiche esatte, di quella anatomia cioè, così detta grossolana, che fu purtroppo in questi ultimi anni assai poco apprezzata e curata.

La guerra attuale ha ora dimostrato all'evidenza questa deficienza per guisa che, in principio, si sono commessi dei grandi errori. Ma se la deficienza di chirurghi abili, verificatasi durante questa nostra santa guerra, è cosa sconfortante, non deve sorprenderci ed avvilirci, in quanto che lo stesso fatto fu notato nei primi momenti della lotta, anche negli altri eserciti tanto dei nostri alleati che dei nostri nemici.

In Italia, come già dissi, potè questa deficienza di chirurghi verificarsi nei primi tempi della nostra attuale guerra, e così dicasi di quanto spettava più direttamente alla Sanità militare per i relativi rifornimenti.

Dopo la nostra guerra libica, che aveva sorpreso il mondo per la nostra inaspettata — perchè sconosciuta — preparazione bellica, eravamo rimasti di tutto sprovvisti; e tanto più si dica della Sanità militare che aveva dovuto fare spreco dei suoi, in quel periodo, limitati approvvigionamenti.

Dichiarata la guerra all'Austria ed entrati coraggiosamente nella lotta immane per la libertà del mondo e per i nostri ideali, la Sanità militare, come per incanto, senza restrizione coadiuvata dal Governo, a tutto sollecitamente provvide. Solo chi ha potuto giornalmente assistere ed osservare quanto si è fatto in quei giorni, può essere giudice competente e spassionato della grande e sapiente attività dei Capi e del lavoro immane impiegato da tutti i gregari, per approntare colla massima sollecitudine ospedali, ambulanze, materiale sanitario d'ogni genere. In breve tempo l'opera fu meravigliosamente coronata dal più completo successo.

Ma per ciò che riguarda il personale sanitario, la Sanità stessa fu per necessità costretta a servirsi di ciò che le offriva, dirò così, la piazza, e siccome i chirurghi, in ispecie modernamente istruiti, erano pochi, così ha dovuto provvedere alla meglio.

Vennero per ciò affidati i nostri feriti a molti che di chirurgia non avevano cognizione alcuna o limitatissima, perchè specialisti, ad esempio, in odontoiatrìa, in ostetricia, in pediatria, e via dicendo.

Ora però le cose sono anche qui di gran lunga mutate. Data la duttilità mentale e l'intelligenza della nostra razza, molti che nella vita civile si erano allontanati dalla pratica chirurgica imparata in altri tempi, vi si sono di nuovo con entusiasmo dedicati; ed altri, pieni d'amor proprio e di sacro fuoco, preoccupati della loro condizione d'inferiorità, hanno con amore ristudiato, non disdegnando le osservazioni ed accettando i consigli che venivano loro dati. Anche gli attuali direttori di Sanità ed i dirigenti dei grandi ospedali, hanno razionalmente selezionato i singoli soggetti, eliminando gli insufficenti e promovendo i più abili; specializzando i diversi servizi, e destinando ad essi i meglio preparati e i più adatti.

Dato ciò, ora v'è da compiacersi di questa rinascita della chirurgia militare sanitaria, la quale conta oggidì più che mai, tanto nella parte direttiva dei singoli servizi, quanto in quella tecnica, degnissimi rappresentanti, uo-

mini cioè coscienziosi, abili, pieni d'abnegazione e che debbono tranquillizzare le più dubbie coscienze e che fanno realmente onore al paese.

In Italia la deficienza dei giovani preparati per la chirurgia si deve in gran parte al modo come sono impartiti per regolamento gli studi universitari. Se i regolamenti sono lodevoli per ciò che riguarda i primi anni di studio, nel 5° e 6° sono difettosi. In questi anni, come è noto, dovrebbero i giovani, in base alle cognizioni acquistate in precedenza, dedicarsi esclusivamente alle cliniche ed a preferenza a quelle generali, per imparare a leggere nelle sue grandi linee il vero libro, il più di frequente assai oscuro, che è l'ammalato. Ma in questi anni, nei quali gli studenti dovrebbero pure sperimentarsi nelle tecniche necessarie all'interpretazione dei fatti ed alla cura dei singoli processi patologici già studiati, sono talmente sopraccaricati dalle specialità, che alle cliniche generali ed alla chirurgica in ispecie non hanno tempo per dedicarsi quanto si deve. Si aggiunga a questo, che svolgendosi nella clinica chirurgica, con frequenza, dei problemi di grande valore o di difficile azione, ritengono tutto ciò, almeno per il momento, superiore alla loro intelligenza e se ne disinteressano. Solo i veri appassionati e quelli che formularono nella loro mente fino dai primi anni degli studi il proposito di dedicarsi alla chirurgia generale, frequentano con assiduità le sale cliniche.

Dato questo insieme di cose, è naturale che, volendo creare una scuola chirurgica efficace per l'umanità, la quale potesse essere guida fedele ed utile anche in guerra, sarebbe, a mio avviso, necessario anzitutto modificare i programmi di studio per la medicina e chirurgia, scartando il superfluo; cosa questa che spetterebbe al *Ministro della Pubblica Istruzione*. Bisognerebbe inoltre, nei tempi di pace, rendere edotti i giovani studenti, che hanno l'obbligo del servizio militare, di quanto disciplinarmente spetta loro; cosa questa che riguarda il *Ministro della Guerra*.

L'esonerare gli studenti di medicina e chirurgia per tutto il tempo dei loro studii universitarii dal servizio militare, a mio credere è un errore. Io penso invece che sarebbe utile, per la formazione del futuro *Corpo Sanitario Militare di Complemento*, che ai giovani studenti di medicina e chirurgia di ognuna delle tre categorie, giudicati idonei al servizio militare, dati regolarmente i loro esami annuali, fosse impartita una particolare breve istruzione di pratica militare. Questa dovrebbe effettuarsi nelle vacanze autunnali, completandola nei campi e nelle grandi manovre. Agli studenti del 5° e 6° anno dovrebbesi impartire inoltre un corso accelerato di traumatologia di guerra, svolgendo a turno i diversi e più importanti argomenti.

Si potrebbe con ciò risparmiare ai giovani laureati la scuola d'applicazione di Sanità militare, rendendoli contemporaneamente disciplinati ed edotti di tante cognizioni, riconosciute necessarie dal pratico esercizio militare e che a noi borghesi sembrano talvolta superflue ed anche talvolta di possibile critica.

Solo in tal modo, io penso, potranno le future generazioni, con molta semplicità e profitto, essere disciplinarmente preparate alla guerra, costituendo coi giovani medici un futuro corpo sanitario di complemento bene istruito e ad ogni evenienza preparato. Della qual cosa non potranno che avvantaggiarsi i nostri valorosi soldati che con tanto coraggio e abnegazione espongono la loro giovane esistenza per il bene e la grandezza della Patria.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

500 operazioni d'urgenza per ferite addominali.

WALTERS, ROLLINSON, JORDAN, BANKS, BOWLBY. (*The Lancet*).

I rilievi raccolti in questo pregevole lavoro presentano molto interesse non soltanto per la traumatologia di guerra, ma anche per la chirurgia generale. Stimiamo utile di darne un ampio sunto.

Nell'esercito inglese, oltre i comuni ospedali da campo, erano stati istituiti ospedali specializzati per il pronto soccorso ai quali venivano affidati i feriti di una certa gravità. Quando il numero dei feriti era abbondante, essi trattenevano quasi solamente i feriti dell'addome, più esposti a ricever danno da un prolungato trasporto, e rinviavano agli ospedali da campo la maggior parte degli altri feriti.

La relazione riguarda 500 casi di feriti da arma da fuoco dell'addome curati personalmente dagli AA.

Il tempo come elemento di prognosi e di cura. — Le considerazioni tratte dalle statistiche per discutere questo punto sono ingannevoli. Si possono avere gli stessi risultati operando dopo 3-4 ore come dopo 7-8; la ragione è che alcuni pazienti operabili precocemente sono inoperabili o sono già morti qualche ora più tardi. Perciò chi opera tardi opera un minor numero dei casi che danno le più alte mortalità. Af-

finchè le cifre possano aver valore occorre che si riferiscano a lesioni della stessa natura. Se il paragone vien fatto con questa garanzia di esattezza, si trova che i casi operati precocemente danno i migliori risultati.

La maggior parte dei casi curati dagli AA. è stata ricevuta entro 7-8 ore; solo pochi sono giunti dopo 3-4 giorni, perchè non si è potuto raccoglierli prima. Questi ultimi casi non sono da operare. Se un ferito, dopo 48 ore, è ancora in condizioni da poter essere operato, è segno che le sue lesioni viscerali sono lievi e che l'emorragia è cessata del tutto.

Certamente ogni caso deve essere giudicato individualmente; però si può ritenere che le operazioni eseguite dopo 36 ore diano una mortalità molto elevata e che se, dopo questo periodo, il ferito è ancora in buone condizioni è meglio semplicemente sorvegliarlo.

Nei feriti che giungono dopo 4-5 giorni con segni di peritonite è consigliabile di fare un semplice drenaggio dello spazio di Douglas attraverso una piccola incisione. Si sono avuti così dei successi in casi nei quali, senza dubbio, delle lesioni intestinali sono state chiuse da aderenze.

Diagnosi e prognosi. — I problemi che ci si presentano quando si esamina un ferito dell'addome sono principalmente due. L'operazione può essere tollerata? Esiste una lesione di visceri cavi? Spesso la risposta a questi quesiti è ovvia; talora però una o ambedue sono dubbie. Allora la decisione è molto difficile e in nessun caso come in questi è vero che l'esperienza abbia grande valore.

Gli AA. hanno trovato molto utile l'aver istituito una stanza d'osservazione ove i feriti per un po' di tempo vengono trattenuti e riscaldati. In essa vengono posti i casi dubbi e inoltre quelli decisamente moribondi e quelli che, avendo ferite delle sole pareti dell'addome, attendono di esser trasferiti. La stanza di osservazione è continuamente visitata dal chirurgo di guardia. Se i feriti vi si raccolgono in parecchi, l'ordine che si segue nell'inviarne alcuni in sala operatoria è il seguente: lasciare per ultimi i casi dubbi e, fra quelli che debbono essere operati senza discussione, operare prima quelli che sono in migliori condizioni e hanno le maggiori probabilità di guarigione.

È un dato paziente in grado di sopportare l'operazione? Evidentemente no se è freddo, senza polsi e moribondo. Sì, se è in buone condizioni e è stato ferito da poche ore, anche se la lesione viscerale non sia certa. In tal caso la laparotomia esplorativa non è dannosa.

Le difficoltà sorgono quando le condizioni del ferito sono cattive, quando la ferita è avvenuta parecchie ore avanti e è dubbio l'organo leso. Allora la condotta è così regolata. Se non vi è alcun dubbio che esista una lesione mortale senza l'intervento — come per es. un prolasso di intestino ferito — l'operazione viene eseguita subito. Tuttavia un paio d'ore di riposo al calore della stanza d'osservazione ha spesso giovato a migliorar le condizioni generali. L'esperienza ha insegnato che coloro i quali non migliorano nelle prime ore non riescono più a divenire in grado di sopportare l'operazione.

Supponiamo ora il caso che il paziente sia in cattive condizioni, ma che non sia inoperabile e che, nel medesimo tempo, sia dubbia la lesione di visceri cavi. In queste condizioni la esplorazione operatoria è un pericolo grave di per sè; perciò non si deve operare, per lasciar al paziente tutte le probabilità favorevoli che ha, se non viene operato.

Diagnosi di ferita penetrante addominale. — Bisogna aver presente che vi sono casi nei quali sono stati lesi visceri anche senza perforazione del peritoneo. Gli AA. ne hanno constatati con certezza alcuni. Perciò più utile sarebbe che la diagnosi avesse in mira la constatazione delle lesioni dei singoli visceri.

Conviene operare le ferite dei visceri solidi? È ovvio che esse debbano essere trattate quando si incontrano in un laparotomizzato per ferite intestinali; ma se si prevede che sia leso solamente un viscere solido, è indicata l'operazione? Gli AA. credono di no, ad eccezione delle ferite dei reni in individui che siano in buone condizioni. Le ferite del fegato raramente hanno beneficio dall'operazione. Se sono gravi sono fatali; se non sono gravi l'emorragia di solito cessa spontaneamente e spesso il chirurgo con la sutura o il tamponamento non frena che l'emorragia ridestata. Le stesse cose valgono in linea generale anche per la milza. Però, di fronte a un ferito della milza che sia grave più per l'emorragia che per shock, l'operazione è indicata per eseguire la splenectomia.

Il punto diagnostico più importante per decidere l'intervento è stabilire se siano lesi i visceri cavi. In molti casi, essendovi prolasso di visceri o emissione di contenuto intestinale attraverso la ferita, non v'è dubbio alcuno.

Nelle ferite trasfosse il concetto che possiamo formarci sulle lesioni viscerali è determinato dalle cognizioni anatomiche le quali ci indicano i visceri che può avere incontrato il proiettile, percorrendo la linea che unisce i fori di ingresso e di uscita. È però molto difficile evi-

tare errori e si son viste talvolta ferite apparentemente penetranti decorrere solo nello spessore delle pareti addominali.

Ciò dipende dal fatto che ci sono ignoti la distensione dello stomaco e della vescica, la posizione del diaframma e l'atteggiamento che aveva l'individuo nel momento nel quale restò ferito.

L'ultimo tipo di casi è quello nei quali la diagnosi deve esser posta col solo aiuto dei sintomi addominali. Ognuno, che abbia esperienza di questi casi, sa che una ferita esclusivamente toracica, come una ferita del dorso o delle natiche con ematoma retroperitoneale, può dar origine a una spiccata rigidità addominale e a sensibilità dolorosa.

Il dolore è un sintoma incerto specialmente per il fatto che questi feriti hanno spesso ricevuto alte dosi di morfina. Spesso è riferito un intenso dolore durato alcuni minuti dopo avvenuta la ferita e poi scomparso. Si è notato un dolore alla spalla nelle ferite del diaframma.

Il vomito ha un deciso valore diagnostico. Si è osservato quasi sempre nei feriti con lesioni viscerali, raramente negli altri. È in special modo frequente nelle ferite dello stomaco, le quali hanno dato talvolta ematemesi.

L'emissione di flati dopo la ferita parla contro una lesione del colon, specialmente del colon discendente.

Un dato di grande importanza è l'aspetto del ferito. Un buon aspetto indica l'assenza di una grave lesione, anche se il polso è cattivo, mentre i segni di un grave shock possono essere indizio di gravi lesioni meglio di quanto lo sia il polso.

Sintomi addominali. — La rigidità e l'assenza di movimenti spontanei sono di un grande valore negativo. Se mancano è molto probabile che non esistano lesioni viscerali; ma, se sono presenti, non indicano senz'altro che i visceri siano lesi. Possono esser provocate dalle ferite del torace, da ematomi retroperitoneali o da lesioni della sola parete addominale.

La sensibilità dolorosa constatata a una certa distanza dalla ferita o dall'altra parte indica una lesione dei visceri. Però vi sono due altre possibilità che la determinano: le emorragie nel peritoneo e le emorragie nello spessore della parete addominale.

I segni dati dalla percussione sono fallaci; l'esame rettale è raramente utile. Il cateterismo è utile quando si sospettano lesioni degli organi e delle vie urinarie.

Controindicazioni operatorie. — Come tali valgono in modo assoluto le contemporanee lesioni totali del midollo spinale e in modo quasi assoluto le contemporanee lesioni del torace. Possono far eccezione i casi nei quali esista un prolasso di visceri o quelli nei quali l'esistenza di una gravissima lesione addominale sia evidente. Però la mortalità nei feriti con lesione contemporanea del polmone e dei visceri addominali è elevatissima. L'intervento dovrebbe esser limitato a quei casi, nei quali, malgrado la duplice lesione, le condizioni generali siano rimaste buone. Ciò è raro.

Altre gravi ferite rappresentano una seria complicazione. Per es. l'esistenza di una ferita che richiegga l'amputazione di una coscia. In tal caso, se si può, è bene operare subito la laparotomia e rimandare di qualche giorno l'amputazione. Dovendo eseguire le due operazioni nella stessa seduta, pare agli AA. preferibile affidare la laparotomia a un chirurgo mentre un altro chirurgo opera contemporaneamente l'amputazione. Nessuno dei feriti dell'addome che hanno dovuto subire l'amputazione di una coscia, oltre la laparotomia, ha sopravvissuto.

Tecnica operativa. — È stata eseguita la narcosi eterea con o senza aggiunta di cloroformio. Preventivamente è stata fatta un'iniezione di atropina.

Le infusioni saline per via rettale, sottocutanea o endovenosa hanno avuto una scarsa applicazione prima dell'intervento. Esse sono più efficaci nelle emorragie acute che nello shock; ma, anche nelle emorragie, non è consigliabile elevare la pressione sanguigna fino a che non sia stato legato il vaso sanguinante.

Durante l'intervento vengono praticate infusioni saline, con aggiunta di pituitrina o di adrenalina, per via sottocutanea, se le condizioni del ferito sono buone, o per via endovenosa, se le condizioni sono cattive.

Dopo l'intervento, vengono praticate infusioni per via rettale. Nei collassi post-operatori le infusioni endovenose sono inutili.

Riguardo alle incisioni operatorie della parete addominale questi sono i punti principali:

1° se è incerto quale viscere sia leso, ma è da sospettare una lesione dell'intestino tenue, è adatto un taglio di 6 pollici situato un po' sopra e un po' sotto l'ombelico e vicino alla linea mediana;

2° se la lesione può esser localizzata in un lato dell'addome e è leso con probabilità il colon, può essere usato o un taglio verticale attraverso la guaina del m. retto (taglio preferito) o un taglio trasversale, attraverso i m.

obliqui, e prolungato sulla guaina del retto (il m. retto viene respinto all'interno);

3° se è sospettata una lesione delle flessure del colon o della milza, è adatto un taglio paracostale che può eventualmente essere prolungato attraverso il m. retto;

4° alle volte l'operazione comincia con l'esplorazione del rene dalla via lombare e si trova il peritoneo interessato. In tal caso l'esplorazione intestinale può esser compiuta aprendo il peritoneo dalla via lombare.

È preferibile eseguire la laparotomia all'infuori della ferita primitiva. Questa poi va trattata con l'escisione dei margini e la disinfezione del tramite. I drenaggi vanno applicati attraverso incisioni indipendenti da quella laparotomica che va suturata. La sutura dev'esser fatta accuratamente per evitare che vengano eventramenti.

L'esplorazione dell'intestino viene eseguita, tutte le volte che è possibile, secondo il seguente metodo. Viene ricercato il cieco, poi l'ultimo tratto dell'ileo e, partendo da questo, si svolge tutto il tenue. A mano a mano che si estraggono nuove anse dall'addome, si introducono di nuovo quelle già esaminate; si lasciano fuori solo le porzioni ferite. Le suture si eseguono poi tutte insieme. Dopo aver esplorato il tenue, si esplora il grosso intestino.

Le ferite del fegato vengono abbandonate a sè stesse, se son piccole; se sono grandi o sanguinano vengono tamponate oppure suturate. Eguale condotta si segue verso le ferite della milza. La splenectomia è riservata alle lesioni molto gravi.

Per lesioni renali è stato eseguito ora la sutura, ora la resezione, ora il tamponamento e ora la nefrectomia. Qualche volta la diagnosi della lesione renale è stata fatta in soggetti laparotomizzati osservando l'ematoma raccolto dietro il peritoneo. Però, invece di operare transperitonealmente, si è preferito praticare una seconda incisione nel lombo.

Le ferite dell'intestino e dello stomaco, se piccole, sono state chiuse con una sutura a borsa o con una sutura a un sol piano alla Lembert; se grandi con una sutura a due piani. Sono state eseguite anche un discreto numero di resezioni intestinali seguite per lo più da riunione capo a capo.

Le ferite del grosso intestino hanno dato una mortalità maggiore di quelle dell'intestino tenue. In seguito ad esse si sono viste alcune fistole intestinali; perciò è raccomandabile ricucire con grande cura e in più piani le ferite del grosso intestino e proteggere la sutura coprendola con lembi di omento.

In alcune gravi ferite del colon è stata eseguita una colostomia della porzione di intestino ferito. Questo trattamento è stato attuato solo eccezionalmente quando la sutura non era possibile.

Le ferite intraperitoneali della vescica sono state curate con la sutura. Il drenaggio della vescica non è sembrato utile. Si è invece trovato utile porre un drenaggio nel fondo dello spazio di Douglas. Quando il proiettile è passato attraverso le natiche, si son viste spesso ferite extraperitoneali della vescica. In tali casi ciò che soprattutto importa è prevenire le infiltrazioni urinose e settiche, perciò si farà un ampio drenaggio dalla regione glutea e dalla via soprapubica.

In linea generale il drenaggio del peritoneo è stato eseguito solo quando si era constatato un versamento di contenuto intestinale. Il drenaggio si è ottenuto con un tubo situato nello spazio di Douglas. È pericoloso lasciare a lungo un tubo di drenaggio vicino a una sutura intestinale, perchè questa può finire col cedere e dar origine a una fistola stercoracea; perciò, se il drenaggio capiterà vicino a una sutura, dovrà essere allontanato al secondo o al terzo giorno.

Trattamento post-operatorio. — Dell'impiego delle infusioni saline abbiamo già parlato. La posizione di Fowler è stata data come regola.

Uno dei più spiacevoli incidenti è un collasso che si verifica 12-24 ore dopo l'operazione in individui che si erano apparentemente riavuti dallo shock primario. Questo tardivo peggioramento, cosiddetto shock secondario, è probabilmente dovuto a una tossiemia da incipiente peritonite. Però i reperti anatomo-patologici dei casi seguiti da morte non ne hanno data una soddisfacente dimostrazione. Comunque, le infusioni saline, anche se intravenose, non recano alcun giovamento; una certa efficacia invece sembrano mostrare la stricnina e la somministrazione di alcoolici.

Il vomito è uno dei disturbi più molesti. Talora cessa dopo una mezza giornata di assoluta astinenza. Talora dipende da una distensione acuta dello stomaco che cessa dopo un lavaggio gastrico. Questo però non deve essere eseguito se i pazienti sono in collasso.

Il resto della cura è diretto ai sintomi della peritonite che non manca quasi mai. Però è sorprendente come essa non sia generale che in casi relativamente rari. La maggiore mortalità infatti si ha per shock o per emorragia. Se questi due pericoli si potessero evitare, la mortalità per le ferite dell'addome operate scenderebbe a 30-40 %.

I sintomi principali della peritonite sono il meteorismo paralitico, il vomito e la costipazione. Nei casi lievi i disturbi cessano dopo un giorno o due; nei casi gravi si accrescono e terminano in un vero ileo. È bene provocare l'attività intestinale dopo il terzo giorno e, se compaiono segni di ileo, somministrare l'eserina. Sono anche utili piccole dosi di calomelano, iniezioni di pituitrina e qualche clistere.

L'esame anatomo-patologico necroscopico od operatorio ha mostrato che la cagione dell'ileo risiede in aderenze e in inginocchiamenti dell'intestino che si formano intorno a raccolte purulente circoscritte tra le anse. In qualche caso ha giovato riaprire la ferita addominale e evacuare il pus; qualche altra volta si è tentato di trarre giovamento dalle enterostomie, ma senza successo.

Conclusioni. — Sui 500 casi operati si ebbero complessivamente 245 guariti cioè il 49 %.

La minore mortalità si ebbe nelle ferite di un solo viscere. I guariti furono il 66 % tra i feriti del solo stomaco, il 62 % tra i feriti del solo intestino tenue, il 46 % tra i feriti del crasso. Queste cifre però si riducono considerevolmente se si prendono in esame anche i casi nei quali sono feriti più visceri insieme.

Interessante sarebbe stato conoscere la percentuale dei guariti sul totale degli operati con lesioni di visceri cavi; ma questo dato non è rilevabile dalle statistiche fornite dagli AA.

Si può presumere però che questa percentuale debba essere di parecchio inferiore a quella del 49 %, perchè in oltre 100 casi esistevano ferite non interessanti alcun viscere o interessanti solo visceri solidi.

Interessanti sono alcune tabelle dalle quali risulta la gravità delle ferite delle diverse regioni. Da esse si rileva che le meno pericolose sono quelle del fianco e del lombo destro; poi vengono quelle del fianco e del lombo sinistro, quelle dell'ipocondrio sinistro; quelle dell'ipocondrio destro e della parete addominale anteriore danno una mortalità del 50%; infine quelle delle natiche sono mortali nel 60% dei casi.

Una grafica, nella quale sono indicate le percentuali delle morti in rapporto con la frequenza del polso al momento dell'operazione, indica che fino a che il polso non supera i 110 la mortalità media non supera il 50%; al disotto di 85 pulsazioni la prognosi è molto buona, al disopra di 110 è molto cattiva.

Nota del R. — È notevole come la massima parte delle osservazioni e delle conclusioni degli AA. siano concordanti con quelle fatte presso di noi da coloro che hanno avuto occasione di acquistare esperienza nella cura operatoria dei feriti dell'addome in guerra. Vediamo con piacere sorpassato il dubbio sulla opportunità dell'intervento in genere e proporre solo il quesito se in alcuni casi giunti tardivamente e particolarmente gravi l'intervento sia ancora tollerabile. A questo quesito l'esperienza degli AA. risponde in modo negativo.

La terapia è stata spesso giudicata nella chirurgia di guerra su cifre statistiche raccolte un po' grossolanamente e si è fatto dir loro cose che contrastano con la generale esperienza clinica. Le conclusioni degli AA. ci riportano, e ne siamo lieti, agli stessi criteri che ci servivano in tempo di pace.

Ora che possediamo statistiche numerose e attendibili ci sembrano sempre più strani i criteri astensionistici e vediamo documentato l'errore nel quale sono caduti coloro che, per negare l'opportunità dell'intervento, hanno fondato la ragione sui risultati delle statistiche raccolte negli ospedali. Infatti molti dei feriti dell'addome non fanno in tempo a raggiungere gli ospedali perchè soccombono prima.

Ciò era prevedibile. Nei vari servizi nei quali io sono stato adibito in guerra, ne avevo acquistato la persuasione, ma disgraziatamente non posso fornirne la prova statistica. La prendo perciò da una relazione di Jakobs (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1917, n. 1) il quale ha visto passare nella sua sezione di Sanità 437 feriti dell'addome e è riuscito a sapere la sorte definitiva di 412. Di questi 305 morirono e precisamente 244 nella Sezione di Sanità, 49 negli ospedali di prima linea, 7 in quelli di seconda e 5 negli ospedali di riserva. Solamente 8 furono operati.

La morte avvenne 143 volte nel giorno stesso della ferita, 68 il giorno successivo, 35 il secondo giorno e poi 5 il terzo, 5 il quarto, 4 il quinto e via di seguito con cifre sempre più basse.

Dei 107 sopravvissuti 66 avevano ferite tangenziali della parete addominale non interessanti il peritoneo così che, se questi vengono tolti dalla cifra dei 412 dei quali fu potuta seguire la sorte, si ha che su 346 feriti 305=88 % morirono.

I sopravvissuti a ferite pericolose furono 41; ma anche tra questi 27 volte rimase molto dubbio se la ferita fosse penetrante, 10 volte parve penetrante quasi certamente, ma mancò nel decorso successivo ogni segno di lesioni viscerali. Solo 4 volte vi fu lesione certa dell'intestino e in 2 di questi ultimi casi la certezza fu fornita dall'intervento al quale fu dovuta la guarigione!

Gli astensionisti tentano ancora di giustificare il loro indirizzo facendo delle speciose distinzioni. Essi dicono che le ferite da pallottola di fucile producono piccole lesioni dell'intestino guaribili spontaneamente; al contrario le pallette di *shrapnell* e le scheggie producono lesioni per le quali forse l'intervento è utile.

Nemmeno con queste restrizioni l'accordo è possibile. I reperti operatori nostri e di altri hanno dimostrato che come le scheggie sono di dimensioni varie, così anche le ferite che esse producono sono di varia grandezza: alcune grandi, altre piccolissime. Ricordo un ferito che riportò non meno di quaranta ferite intestinali per scheggie di bomba a mano: alcune poche erano di circa un centimetro di diametro e le

altre erano più piccole; alcune così piccole che misuravano appena due o tre mm.

Le pallette di *shrapnell* producono ordinariamente fori non più grandi del loro diametro e noi le consideriamo abbastanza benigne.

Le pallottole di fucile danno ora ferite piccole ora ferite grandi. Le grandi ferite sono state osservate senza i caratteri dello scoppio e all'infuori delle condizioni richieste per lo scoppio dei visceri. Questo, secondo i dati sperimentali, avviene nelle anse piene di liquido. Ora spesso ci è avvenuto di trovare estese ferite in visceri vuoti; vuoti non solo nel tratto ferito, ma anche per lunghi tratti sopra e sottostanti. Perciò pare più probabile che la grave lesione sia avvenuta perchè è andata distrutta tutta la porzione di viscere che si è trovata nello spazio percorso dal proiettile. Certo questo spazio è piccolo, ma anche l'intestino vuoto occupa molto poco spazio. Nel vivo le pareti dell'intestino vuoto collabiscono e la sezione del viscere non è circolare, ma rappresenta un ovoide allungato e irregolare così sottile che un proiettile di fucile, se lo attraversa nel senso del suo maggiore asse, può interessarlo e dividerlo quasi completamente.

Per giudicare se i feriti dell'addome debbano essere curati con l'operazione o senza, oltre che fare studi statistici e sperimentali, ci sembra utile esaminare i reperti operatorî e necroscopici. I primi ci hanno rivelato che, nel massimo numero dei casi, le lesioni intestinali sono multiple e non sono piccole; i secondi che fori intestinali anche piccoli hanno cagionato la morte.

Io credo che non si debba negare la possibilità che alcune piccole ferite dell'intestino possano eccezionalmente guarire senza intervento; però si può presumere che le lesioni constatate con l'operazione sarebbero guarite, con una maggiore percentuale, senza l'intervento? Questo è il problema.

E esso diviene tanto più importante, se ci limitiamo a considerare la categoria di quei feriti che sono in buone condizioni generali per i quali l'intervento non è pericoloso.

EGIDI.

MEDICINA.

La nefrite dolorosa.

(CASPER. *Berliner klin. Woch.*, 1918, pag. 1005).

La nefrite dolorosa corrisponde esattamente alla colica nefritica, ma si distingue nettamente dalla colica renale, con la quale frequentemente viene confusa. Le due affezioni hanno caratteri schiettamente particolari.

Nella colica renale, che come è noto è sempre in rapporto a calcolosi, il dolore di regola si manifesta improvvisamente, mentre il soggetto trovasi in perfetto stato di salute. Il dolore è localizzato alla regione renale, al dorso ed all'arcata costale, si irradia lungo gli ureteri all'inguine ed alla coscia e può essere riferito all'utero ed al testicolo. Può però essere limitato al dorso ed alla parte superiore dell'addome dal solo lato del rene offeso: di rado c'è lieve dolore anche all'altro rene. La colica può durare per ore, giorni ed anche per settimane ed essere accompagnata da un malessere generale: nei casi più violenti è accompagnata da sudori profusi, nausea, vomito, febbre e marcata anoressia; nei casi leggeri esiste solo un senso di malessere. Non appena la colica passa, il paziente si sente perfettamente bene e spesso ha poliuria e pollachiuria. Gli intervalli di benessere possono durare settimane, mesi ed anche anni. La palpazione della regione renale non fornisce praticamente alcun elemento per la diagnosi; durante la colica la regione è troppo dolente perchè si possa fare una palpazione accurata, e quando il dolore è cessato la palpazione è altrettanto infruttuosa. E ciò perchè la colica renale non è determinata da calcoli grossi, ed i piccoli non sono avvertiti alla palpazione, a meno che il rene non sia spostato molto in basso e la sua capsula adiposa sia straordinariamente sottile ed il paziente molto emaciato. Anche la cistoscopia e l'esame funzionale del rene sono privi di valore. L'esame degli sbocchi degli ureteri nella vescica col cistoscopio non può far rilevare un calcolo indovato nella pelvi renale, e poichè il rene di regola non è danneggiato da un calcolo della pelvi e dell'uretere, l'esame funzionale non mette in evidenza alcuna anormalità.

Le speranze riposte sull'esame radiologico sono risultate mal fondate perchè i piccoli calcoli sfuggono a tale indagine, specie se sono formati di urati. Di grande importanza sono invece i risultati dell'esame dell'urina. Negli intervalli di coliche renali dovute a piccoli calcoli siti nella pelvi renale l'urina si dimostra normale: non c'è albumina, nè sedimento, o tutt'al più un leggero deposito di globuli rossi. Ma durante un attacco o immediatamente dopo si hanno i segni microscopici e talvolta anche macroscopici della presenza del sangue nelle urine. Questo sintomo è costante. È impossibile che un calcolo faccia ostacolo al passaggio dell'urina e che la superficie del bacinetto renale si addossi alla superficie scabra di un calcolo nello sforzo di espellerlo senza che vi sia qualche lesione ed emorragia. In qualche caso si constatano nell'urina tracce di albumina e qualche cilindro.

Il quadro clinico della nefrite dolorosa invece non è così chiaramente definito. In molti casi di nefrite non c'è dolore, o questo è limitato a una sensazione di pena, di debolezza o di pressione alla schiena, che si accentua negli sforzi e si attenua col riposo. Comunque, non

è mai violento come quello della colica renale. Tuttavia ci sono casi nei quali d'improvviso o preceduti solo da sensazione di pena e di pressione si hanno attacchi dolorosi simili a quelli della calcolosi. Se il dolore è localizzato alla schiena e nella parte superiore dell'addome e si irradia all'inguine e alla coscia di un lato solo, ed è accompagnato da nausea, vomito, febbre e forti sudori, si può concludere per la presenza di calcoli renali.

Nella colica nefritica o nefrite dolorosa, come nella colica renale da calcolosi, la palpazione della regione renale è impossibile durante il dolore acuto, a causa della forte dolorabilità. La cistoscopia non dà reperti positivi e l'esame funzionale dei reni non dà elementi diagnostici perchè, malgrado la presenza del processo nefritico, la capacità funzionale dei reni è poco danneggiata. L'esame radiologico negativo non è sufficiente a far escludere la presenza di piccoli calcoli e l'esame dell'urina non mette in evidenza rilevante fatti patologici: non c'è albumina o solo in tracce. Così che con un singolo esame di urina è difficile distinguere la colica nefritica dalla colica renale; tanto più che l'assenza di cilindri non fa escludere la nefrite, nè la loro presenza depone sicuramente per la nefrite, perchè possono essere trovati anche in casi di calcolosi renale.

Tutte queste considerazioni fanno comprendere la difficoltà della diagnosi differenziale fra calcolosi renale e nefrite dolorosa.

Non tutte le forme di nefrite danno dolore. Raggruppando i processi nefritici in nefrosi, sclerosi renale, nefriti glomerulari diffuse, nefriti glomerulari focali, si può dire che solo queste due ultime forme danno luogo a dolori renali. Infatti le caratteristiche cliniche della nefrite dolorosa, ossia l'assenza o la scarsa quantità di albumina, la frequenza dell'emorragia, l'assenza di fatti cardiaci e di ipertensione vasale, indicano una nefrite glomerulare diffusa di grado leggero o una nefrite glomerulare focale. Ciò è stato confermato anatomicamente da Casper, il quale per altro in alcuni casi non ha trovato alcuna lesione anatomica grossolana, il che spiega come negli intervalli fra gli attacchi dolorosi vi fosse un'assenza completa di sintomi.

È difficile dare la interpretazione patogenetica del dolore. Si può pensare ad uno spasmo angio-neurotico, come nelle crisi tabetiche. D'altra parte alcuni chirurgi hanno trovato all'operazione il rene edematoso e tumido. In tali condizioni la distensione della capsula dà ragione del dolore e giustifica il termine di *glaucoma renis* proposto da Harrison. Qualunque sia la causa del dolore, è certo che le variazioni della composizione delle urine esaminate per un lungo periodo di tempo permettono la distinzione tra nefrite dolorosa e calcolosi renale.

Nella calcolosi renale non appena cessato il dolore l'urina ritorna perfettamente normale: non ci sono nè cellule, nè albumina; e l'urina si mantiene normale anche dopo gli strapazzi corporei, purchè questi non determinino la ricomparsa dell'accesso. Nella nefrite dolorosa invece l'urina contiene sangue anche durante gli intervalli tra gli accessi. In ambo le affezioni si possono o no avere cilindri nelle urine, ma nella nefrite dolorosa, quando sono presenti, sono sempre più numerosi, ed aumentano con gli sforzi fisici, il che non avviene nella colica renale.

In tali casi i cilindri sono l'esponente di una temporanea irritazione da stasi urinaria e non di una infiammazione permanente o di un processo degenerativo. Inoltre gli sforzi muscolari provocano nella nefrite anche aumento dell'albuminuria. La ricerca dell'albumina in questi casi va fatta con cura. La migliore reazione è quella all'acido sulfosalicilico; all'urina filtrata si aggiungano 5-10 gocce di una soluzione dell'acido al 20 %: l'urina diventa torbida anche se contiene quantità minime di albumina.

Durante lo stadio acuto l'intensità, la sede ed il carattere dei dolori presentano nelle due affezioni solo lievi differenze. Ma negli intervalli degli accessi il paziente di calcolosi ha perfetto benessere mentre il nefritico si sente debole ed avverte un senso di stanchezza alla schiena.

Nella nefrite il dolore è quasi sempre bilaterale, mentre nella calcolosi è di solito unilaterale. Inoltre nella calcolosi renale durante l'accesso c'è oliguria, cui con la scomparsa del dolore segue poliuria e pollachiuria, mentre questa non si ha mai nella nefrite.

La cura della colica nefritica nello stadio acuto va limitata alle compresse calde ed ai narcotici.

Per prevenire il ritorno della colica si possono tentare le compresse di Priessnitz, il termoforo, gli impiastri senapati, le coppette secche, il riposo, la dieta leggera, il piramidone in piccole dosi, l'aspirina e l'antipirina. Ma l'efficacia di questi rimedì è dubbia. Quando gli attacchi si ripetono con molta frequenza è indicata la decapsulazione, che in ogni caso dà un sollievo temporaneo, ma non cura radicalmente l'affezione.

DR.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le paralisi laringee associate.

Le paralisi ricorrenti pure, che si manifestano con la paralisi di una corda vocale, hanno un'origine schiettamente periferica e possono, fra l'altro, ripetere la loro origine da un aneurisma aortico, da un cancro dell'esofago, dal gozzo o anche da una ferita del pneumogastrico al collo. Ma a misura che si monta verso la base del cranio e verso il bulbo si ha che le fibre ricorrenziali decorrenti nel tronco dello pneumogastrico al collo passano nella branca interna dello spinale assumendo a questo livello rapporti anatomici sempre più intimi con quattro nervi cranici: il glosso-faringeo (IX), lo pneumogastrico (X), lo spinale (XI), l'ipoglosso (XII). Quando la paralisi delle fibre ricorrenziali si associa a quella di uno o più di questi nervi si ha la paralisi laringea associata.

M. Vernet (*Marseille médicale*, 1° giugno 1917) basandosi su studî precedenti e su nuovi dati in rapporto alla distribuzione anatomo-fisiologica dei detti quattro nervi, tenta una classificazione delle varietà di queste associazioni paralitiche.

Tutte le varietà possibili sono comprese andando dal più semplice al più complesso in queste cinque sindromi:

Sindrome di Avellis = paralisi incompleta dello spinale (branca interna).

Sindrome di Schmidt = paralisi completa dello spinale.

Sindrome di Jackson = paralisi dello spinale e dell'ipoglosso.

Sindrome di Vernet = paralisi dello spinale e del glosso-faringeo.

Sindrome di Collet-Sicard-Villaret = paralisi dello spinale, ipoglosso e glosso-faringeo.

Lo pneumogastrico propriamente detto, nervo sensitivo, può o non essere associato a ciascuna di queste forme, ma non modifica affatto la forma paralitica essenziale.

La distribuzione paralitica di ciascuno dei nervi in quistione può essere così schematizzata:

Paralisi del glosso-faringeo: *a*) paralisi del costrittore superiore della faringe = disturbi di movimento della parete posteriore della faringe, disturbi della deglutizione dei solidi; *b*) disturbi del gusto nel terzo posteriore della lingua.

Paralisi dello pneumogastrico: *a*) disturbi della sensibilità del velopendolo, della faringe, laringe, della branca auricolare; *b*) disturbi della salivazione; *c*) disturbi della tosse; *d*) disturbi della respirazione (tachipnea intermittente e pseudo-asma).

Paralisi dello spinale: *a*) branca interna: paralisi di metà del velopendolo, metà della laringe, accelerazione del polso; *b*) branca esterna: paralisi dello sterno-cleido-mastoideo e del trapezio.

Paralisi dell'ipoglosso: paralisi della lingua.

Tale classificazione delle sindromi laringee associate conserva tutto il suo valore qualunque sia la sede della lesione: periferica, radicolare, bulbare o bulbo-midollare. Le forme pure di queste sindromi sono per lo più periferiche, perchè quelle centrali sono spesso, ma non sempre, associate ad altri sintomi a focolaio dell'asse cerebro-spinale.

DR.

TERAPIA.

La purgazione per via ipodermica ha il suo valore clinico.

L'argomento della somministrazione per via ipodermica di farmachi capaci di determinare nell'intestino quei fenomeni, che abitualmente si ottengono mediante somministrazione *per os* di speciali sostanze, costituenti il molteplice gruppo dei purganti, è stato ripreso dal De Ritis (*Folia medica*, n. 13, 1918), che ha eseguito una serie di ricerche, arrivando alle seguenti conclusioni.

I *purganti salini* non determinano purgazione quando vengano somministrati per via epidermica, forse perchè si eliminano rapidamente per i reni. La loro somministrazione va fatta in grandi dosi d'acqua, per ottenere soluzioni isotoniche innocue, e queste ipodermoclisi riescono dolorose.

La *peristaltina* è egualmente inattiva per via sottocutanea, eliminandosi totalmente per i reni — che ne restano irritati, e quindi è pericoloso somministrarla nei nefritici — senza comparire affatto nelle feci.

Inattiva pure si è dimostrata la *sennatina* tanto sull'uomo quanto sugli animali, nè alcun effetto nell'uno e negli altri ha dato la *fenolftaleina*, che produce invece violente e dolorose reazioni locali.

L'*hormonal* somministrato ipodermicamente nell'uomo e nel cane non ha dato migliore risultato; solo nell'intestino isolato ha fatto vedere, in dosi elevate, un lieve aumento del tono dei muscoli lisci.

Il *pituglandol* e la *pituitrina*, che dovrebbero

avere i noti effetti sulla muscolatura liscia, che si sanno connessi colla ipofisi, sono rimasti inefficaci sulla muscolatura intestinale; solo sull'intestino isolato, facendovi arrivare soluzioni ad alto titolo (1 %), l'autore ha constatato un passeggero stato eccitativo della peristalsi.

Di fronte a tutti questi medicamenti negativi sta la *apocodeina*, che si è dimostrata *l'unica sostanza purgante per via ipodermica*: così per via sperimentale nel cane, come nell'osservazione clinica sull'uomo.

Con un'iniezione di 4 centigrammi di apocodeina l'autore ha ottenuto al 75 % dei casi scariche alvine ripetute dopo qualche ora; e ciò senza alcuno spiacevole effetto secondario nè locale, nè generale. G. SABATINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'adrenalina nel saggio dello stato e della funzionalità dell'apparato cardio-vascolare.

Loeper, Dubois Roquebort e Dubois H. C. Wagner (*C. R. Soc. de Biologie*, comunicazioni del 7 e del 14 febbr. 1918) hanno proposto l'impiego dei preparati surrenali per saggiare la potenzialità del miocardio, cimentato ad un sovralavoro transitorio conseguente alla vasocostrizione periferica in tal modo provocata.

Il volume del cuore prima e dopo verrebbe determinato a mezzo dell'indagine radiologica.

G. Ghedini (*Gazz. d. Osped. e d. Clin.*, 16 maggio 1918) muove a questa ricerca una duplice serie di obbiezioni.

In primo luogo, la reattività dei vari individui all'adrenalina varia molto, fino agli estremi presentati dai soggetti simpaticotonici e vagotonici: i primi sono decisamente ipersensibili, mentre i secondi sono iposensibili all'adrenalina. È difficile incontrare l'equilibrio endocrino tra i soggetti sottoposti alla prova.

In secondo luogo, interviene lo stato del sistema arterioso: se questo è integro, reagisce bene all'adrenalina; ma se è sclerotico o comunque alterato, la reazione è in difetto.

La prova proposta potrebbe dunque valere, a condizione che si eliminassero i soggetti con situazione endocrina anormale e quelli, non meno numerosi, con alterazioni delle pareti vascolari.

Molto più cospicuo è il numero dei casi in cui si può applicarla per mettere in evidenza lo stato anatomico e funzionale dei vasi. All'uopo giova il rilievo sfigmotonografico (ottenuto per es. con l'apparecchio di Uskoff) o quello dinamografico-pletismografico (ottenuto per es. con l'oscillometro di Pachon), messi in rapporto col rilievo delle eventuali modificazioni volumetriche ortodiagrafiche del cuore prima e dopo la somministrazione dell'adrenalina.

Così completata e corretta, la prova potrà offrire ragguardevoli conoscenze sullo stato e sulle capacità funzionali dell'apparato cardiovascolare *in toto*.

L'A. da tempo si occupava dell'azione dell'adrenalina sul sistema arterioso, ciò che lo ha posto in grado di attribuire il giusto valore alle ricerche degli autori francesi. R. B.

Se l'ablazione del nervo nei trapianti di tiroide ne comprometta la secrezione interna.

E. Kümmer si occupa di questo argomento nella *Rev. médic. de la Suisse Romande.*

È noto che la secrezione tiroidea subisce l'influenza del sistema nervoso ed Ascher ha dimostrato che essa è regolata dai rami laringei del pneumogastrico.

Si pone ora la questione se il trapianto della tiroide, in seguito alla separazione dalle connessioni nervose, determini delle alterazioni nella funzione endocrina.

Si è detto invero che il trapianto, una volta attecchito, in qualsiasi parte del corpo, possa supplire senz'altro alla funzione endocrina tiroidea; diversi chirurghi però sono d'avviso contrario e ritengono che, per ottenere maggiori probabilità di successo, il trapianto tiroideo non deve praticarsi al di fuori della regione cervicale, in modo che esso possa comunque ricuperare le sue connessioni nervose.

Le ricerche moderne sulla neurotizzazione dei muscoli, per mezzo delle quali si può rendere la mobilità ad un muscolo paralizzato, fanno però intravedere la possibilità di conservare la funzione endocrina ad un trapianto tiroideo in qualunque punto si faccia.

Il valore funzionale del tessuto tiroideo può venire stabilito con tre prove:

a) prova chimica. Fra i diversi corpi isolati dalla tiroide (lipoidi, fermento lipolitico, colina, albumine jodate, jodotirina di Baumann e jodotiroglobulina di Oswald) sembra che l'azione specifica tiroidea sia legata alla jodo-tiroglobulina e più specialmente al composto jodato in essa contenuto. Però la quantità di jodio degli estratti tiroidei è molto variabile, sia nello stato patologico (gozzo colloide, gozzo basedowiano) sia nel normale: p. e. gli erbivori hanno la massima quantità, la minima invece i carnivori: nel neonato è assente, aumenta sin verso i 40 anni poi diminuisce. — Quindi i risultati dell'analisi chimica non

possono servire di prova esclusiva sul valore funzionale della ghiandola;

b) esame anatomico: in realtà un trapianto provveduto di buona vascolarizzazione, con l'apparecchio follicolare in buono stato di conservazione, presenta dei segni manifesti di attività funzionale; però la certezza di questa si ha solamente con

c) la prova biologica. Lo sviluppo dei sintomi di cachessia tireopriva in seguito ad estirpazione del trapianto tiroideo, fornirà la prova più concludente sulla funzionalità del trapianto. Si prestano bene a tale ricerca il cane ed il gatto, in cui è meno frequente la presenza di tiroidi aberranti. D'altra parte le conseguenze dell'estirpazione delle ghiandole non si fanno aspettare a lungo.

Data l'intimità delle connessioni fra tiroidi e paratiroidi, in questi animali si pratica la tiroparatiroidectomia anzichè la semplice tiroidectomia, sicchè entro 6-11 giorni si sviluppa la tetania, in base alla quale si giudica sul valore funzionale del trapianto.

L'A. ha fatto diverse esperienze appunto su cani e gatti, ai quali ha fatto il trapianto (nell'epiploon, nel padiglione dell'orecchio, ecc.) Dopo il trapianto l'animale si trovava in buona salute; però dopo l'escisione del trapianto, l'animale moriva in preda a tetania.

L'A. ne conclude che il trapianto, malgrado siano state troncate le connessioni con i nervi, ha potuto, da solo, soddisfare ai bisogni dell'organismo. Non è stata osservata neoformazione di nervi in corrispondenza del trapianto; la ripresa delle funzioni di questo, poi, non è stata migliore in vicinanza del penumogastrico che in altra parte del corpo. FIL.

VARIA.

L'edema da fame.

Questa malattia, che è stata chiamata anche, con denominazione meno propria, edema di guerra, ha fatto la sua comparsa in Germania durante questa guerra, sviluppandosi dapprima nei campi dei prigionieri, ed estendendosi poi, a quanto sembra, anche nella popolazione civile. Essa però non è una condizione peculiare della guerra ora finita, essendosi osservata anche in guerre precedenti, quali le campagne napoleoniche, e nella grande carestia irlandese del 1835; si è verificata anche nel Messico, durante il 1915.

La parte attualmente più colpita negli Imperi centrali sarebbe la Boemia, specialmente nei distretti industriali. È evidente che mancano statistiche precise sulla diffusione e sulla mortalità: secondo un rapporto di Jacksche, nel 1917 vi sarebbero stati 22,842 casi con 1028 morti; la mortalità globale sarebbe dunque di 4.5 % elevandosi fino al 5.22 % nei distretti industriali.

Ne vengono affetti specialmente uomini oltre i 40 anni, addetti a rudi lavori.

La caratteristica principale è l'edema, che, di solito, si sviluppa rapidamente, spesso dopo il lavoro, ed assume vaste proporzioni. È dapprima localizzato soprattutto agli arti inferiori, talora anche agli organi genitali: si diffonde poi agli arti superiori ed al viso e, da ultimo, nelle cavità sierose (ascite, idrotorace).

Non si hanno notevoli disturbi d'origine renale o cardiaca, salvo una certa bradicardia che è, si può dire, costante: vengono segnalati altresì dei rumori sistolici accidentali, percepibili sul focolaio della mitrale e dell'aorta.

Costante è la sensazione di grande debolezza, per cui gli ammalati sono incapaci anche a leggeri lavori; spesso vi si accompagnano anche dolori muscolari agli arti affetti.

È abbastanza frequente la diarrea, che si può manifestare prima o anche dopo la comparsa dell'edema.

Nulla di notevole si osserva nell'urina, salvo l'aumento di acetone, ammoniaca, amino-acidi, acido urico e creatinina; la eliminazione dell'azoto e del cloruro di sodio appare ritardata. Nel sangue è aumentata la quantità di acqua e di cloruri e diminuita la quantità di albumina, che scende fino al 3 %, in luogo del normale 9 %.

Spiccata è l'ipotermia, che può arrivare all'asfissia locale ed alla gangrena.

Queste condizioni durano per dei mesi con aggravamenti e remissioni, fino a che la guarigione permanente possa essere assicurata dal riposo a letto e dalla conveniente alimentazione. In tali casi l'edema scompare con la stessa rapidità con cui era comparso; si assiste come ad un vero disseccamento del paziente, che rimane magro come uno scheletro per la grave atrofia dei muscoli. Si ha invece sicuramente la morte quando non si possa assicurare una alimentazione che contenga almeno 1400 calorie giornaliere, se l'individuo è in completo riposo; in certe località in cui l'edema si è manifestato, il quantitativo medio giornaliero di calorie non superava 900-1000!

Per quanto riguarda la eziologia, qualche autore (Jürgens) ritiene che si tratti di una malattia infettiva: altri invece (Fränke e Gottesmann) ammettono un adinamismo funzionale dei reni a localizzazione soprattutto vascolare, mentre l'inanizione interverrebbe sol-

tanto come causa predisponente. Però, salvo poche opinioni discordi e salvo qualche caso speciale in cui è in giuoco qualche forma infettiva, come malaria, tubercolosi, febbre ricorrente, è opinione generale che la causa di queste manifestazioni patologiche vada ricercata nell'alimentazione, sia perchè difettosa, per una certa sproporzione di carboidrati in confronto con la grande deficienza di grassi e di sali, sia per l'eccessiva quantità di acqua, in quanto che il cibo è dato di solito in forma di zuppe.

Scarsa e dubbia appare in questi casi l'importanza delle così dette vitamine, mentre la vera causa va ricercata nella assoluta insufficienza della alimentazione, specialmente per quanto riguarda i grassi: ciò si desume anche dal criterio terapeutico, in quanto che basta l'aggiunta giornaliera di 100 gr. di grasso, perchè l'edema scompaia rapidamente. È quindi da ritenersi più giustificata la denominazione di edema da fame, anzichè da guerra, poichè la guerra non è una condizione necessaria per spiegare il brutale affamamento a cui sono soggetti i nostri prigionieri da parte degli Imperi centrali, a differenza dei ben nutriti prigionieri austriaci in Italia! Sembra poi che anche le abitudini alimentari antecedenti abbiano una certa importanza: tanto è vero che con la stessa quantità di calorie i Serbi avrebbero sofferto meno che i Russi, ciò che starebbe a dimostrare che le patate non possono completamente sostituire il frumento a cui i Russi erano abituati.

È chiaro che questo edema appartiene al gruppo degli edemi cachettici e che si produce senza l'intervento dei reni e senza disturbi da parte del cuore, sebbene le irregolarità della funzione cardiaca debbano senza dubbio influire sull'idropisia. Le modificazioni degli scambi e delle eliminazioni sopravvenienti in conseguenza di alimentazione difettosa provocherebbero un aumento patologico nell'assorbimento dell'acqua da parte dei tessuti.

Il trattamento curativo e profilattico dell'edema si deduce dalla sua patogenesi. Sarebbe bastato che i prigionieri e le popolazioni dei territori che i tedeschi avevano invasi fossero stati trattati umanamente, perchè questa forma morbosa non si producesse, o per vederla dileguare. Essa dovrebbe scomparire dalla patologia di popolazioni giunte al nostro stadio di civiltà. Alcuni autori tedeschi richiedono per l'alimentazione un *minimum* di 1400 calorie per individui in riposo, di 1935 se addetti a lavori leggeri e 2365 se addetti a lavori pesanti.

È poco, ma non sarebbe la spaventosa razione di fame!

FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1000) Al dott. C. M., Zona di guerra:

Consigliamo il volume dell'UMBER « Malattie del ricambio », edito dalla U. Tipogr. Torinese e tradotto in italiano da R. Romanye, o il « Manuel des Maladiès de la Nutrition », della collezione DEBOVE-ACHARD, compilato da Babonneix, Castaigne, Gy e Rathery, edito da Masson, 1912. *t. p.*

(1001) Al dott. F. T., Zona di guerra:

Non è possibile dare un giudizio. Consigliamo un ottimo trattato sulle aritmie: VAQUEZ. « Les aritmies ». *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

F. W. PRICE. *Diseases of the Heart.* — Editori Frowde, Hodder e Stoughton, Londra, 1918.

La diagnosi, la prognosi, la terapia delle malattie di cuore *con i moderni metodi*, esposti nel modo più conciso, sono gli scopi che si propone l'autore del libro.

Questo è dedicato sopratutto ai pratici, e quindi discussioni e teorie sono tralasciate; ma ha la sua giusta misura nel volume quanto è necessario ad intendere esattamente le moderne vedute sulla fisiopatologia del cuore.

Precedono concise ed utilissime considerazioni anatomiche e fisiologiche, e segue una serie di capitoli di cui la semplice enumerazione basta a dare una idea sui concetti informatori: il polso arterioso, la pressione sanguigna, il polso venoso, esame coi raggi X, metodo grafico, elettrocardiogramma; l'insufficienza del cuore e la sua sintomatologia, la prognosi nelle affezioni cardiache, la terapia nelle affezioni cardiache; la irregolarità del seno, l'extrasistole; il blocco del cuore, il polso alternante, la fibrillazione auricolare, ed il flutter auricolare, la tachicardia parossistica.

Sebbene non siano naturalmente trascurate l'endocardite, la miocardite, la pericardite, i vizi di cuore, dall'enumerazione dei capitoli si vede nell'A. uno studioso dei moderni problemi sulle irregolarità del cuore e sulle sue capacità funzionali, saggiate con i più moderni mezzi d'indagine.

Nella trattazione l'A. è semplice, chiaro, conciso, tre qualità tanto rare nei moderni trattati. Egli è uno studioso da lungo tempo dei problemi che riguardano il cuore; ha collaborato con Mackenzie per parecchi anni, ed i frutti della propria ed altrui esperienza condensa in un libro utile ad ogni medico, che voglia restare al corrente del vertiginoso progresso di questi ultimi anni. *t. p.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici. — Ai Presidenti degli Ordini dei Medici del Regno è stata diretta dalla Presidenza della Federazione la seguente circolare:

Roma, 5 novembre 1918.

Egregio collega,

In questo giorno di gloria e di esultanza, nel quale la Patria vede compiuti i suoi destini e realizzate le sue aspirazioni per virtù e per concordia di Principe e di Popolo, vada il nostro memore pensiero ai colleghi che, per la grande e luminosa impresa compiuta, immolarono la loro vita sui campi di battaglia; vada il nostro plauso più vivo, incondizionato e cordiale ai colleghi che la loro opera sapiente, instancabile ed assidua, prestano nelle file dell'esercito, negli ospedali da campo, nelle retrovie.

La classe medica italiana è orgogliosa e fiera del contributo portato con l'opera e col sangue alla realizzazione di quanto pareva un sogno fino a pochi giorni or sono, ed è superba che dalle sue file sia uscito uno degli eroi che compirono una delle più grandi e memorabili gesta marinare che abbiano meravigliato il mondo.

D'accordo col Consiglio federale, mi propongo di rendere al collega Raffaele Paolucci quelle onoranze che egli ha ben saputo meritare.

Altre comunicazioni dovrò fare alla S. V. I. per ciò che riguarda il *referendum* indetto per la convocazione dell'assemblea federale. Ma oggi il pensiero della Patria trionfante ogni altro sovrasta ed ogni idea che non sia di giubilo passa in seconda linea.

In alto i cuori!
Viva l'Italia! Viva Trento e Trieste liberate!
Con cordiali saluti

Il vice-presidente: Dott. Ballerini.

Gli Ordini dei medici e il dopo-guerra. — Si è tenuta a Napoli un'adunanza regionale di rappresentanti degli Ordini dei medici, per studiare le questioni inerenti al passaggio al dopo-guerra.

Ne daremo più ampia notizia prossimamente.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7489) *Pensioni* — Dott. C. A. G. da A. I. — Con i dati esposti nel quesito Ella nel 1920 non liquiderà la pensione di annue lire 1918, come ritiene, ma bensì l'altra di lire 3000, lorde. Andando a riposo un anno prima, cioè nel 1919, liquiderà la medesima somma di lire 3000, che è il massimo della pensione ordinaria cui possono aspirare i medici condotti.

(7490) *Rettifica di generalità.* — Dott. abb. 859. La discordanza di nomi fra l'atto di nascita ed i documenti accademici può produrre effettivamente incaglio nella liquidazione della pensione. Occorre che Ella faccia rettificare almeno il diploma di laurea, lochè si potrà ottenere inviando l'atto di nascita alla segreteria della Regia Università presso cui, a suo tempo, conseguì il diploma.

(7492) *Infermità del medico condotto.* — Dott. C. S. da M. — Allorchè il medico condotto o facente le veci di medico condotto è infermo, non ha obbligo di prestare servizio, ma anzi ha diritto alla licenza straordinaria per infermità prevista e concessa dalla vigente legge sanitaria. Ella, pertanto, avanzi domanda di congedo per malattia al Sindaco del Comune cui allude, e la documenti con analogo certificato medico, in cui sia messo in rilievo la necessità di un assoluto riposo per l'ulteriore decorso della malattia e per la convalescenza. Per ottenere il pagamento degli stipendii arretrati, in vista dell'ostinato rifiuto dell'esattore a corrisponderglieli, non vi è altro mezzo che quello di citare il Comune dinanzi l'autorità giudiziaria ordinaria.

(7493) *Interinato - Stabilità - Dimissioni del medico condotto.* — Dott. M. P. da T. V. di P. — Il medico interino, nominato per la intera durata della guerra non acquista mai la stabilità, anche se prestasse servizio per oltre un biennio. La sua nomina, infatti, essendo avvenuta senza concorso, non è *regolare* e non può, quindi, formare base di alcun diritto. Non può far valere diritto di sorta neanche il medico che fu nominato nel 1915 a seguito di concorso, perchè egli con le dimissioni che presentò e che furono, a suo tempo, accettate ruppe ogni rapporto di impiego col Comune e non ha più alcun legame che ad esso lo avvince. Occorrerebbe che fosse nuovamente nominato medico condotto a seguito di nuovo concorso, per poter, ai termini dell'art. 33 della vigente legge sanitaria, congiungere col nuovo il precedente servizio e proclamarsi stabile di diritto.

(7495) *Indennità caro-viveri - Ufficiale sanitario.* — Dott. C. V. da F. — Gli ufficiali sanitari, anche con nomina definitiva, non rientrano nel D. L. del settembre scorso che accorda una nuova e maggiore indennità caro-viveri agli impiegati dello Stato.

(7496) *Profughi di guerra - Cura ed assistenza sanitaria.* — Dott., abbonato 4099. — Il capo 12° della circolare 10 gennaio 1918 dell'Alto Commis-

sariato pei profughi, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno del successivo 6 febbraio dispone che i profughi poveri devono avere l'assistenza medica e sanitaria completamente gratuita, come si pratica pei poveri del Comune, ed i medici e levatrici comunali dovranno prestare l'opera loro senza pretendere da essi onorarii.

Lo stesso capo soggiunge che i Prefetti potranno corrispondere ai detti sanitari gratificazioni o compensi: ma non a periodi determinati nè in misura fissa, bensì nel momento che sembri opportuno ed in relazione al maggiore lavoro effettivamente derivato ai sanitarii dall'assistenza prestata ai profughi. Ella può, quindi, rivolgersi al Prefetto di codesta Provincia per ottenere un adeguato compenso per la maggiore prestazione eseguita.

(7497) *Congedo straordinario per infermità.* — Dott. D. P. da P. — Quello che Ella dice è esatto. L'art. 29 del Regolamento generale sanitario approvato con R. decreto del 19 luglio 1906, n. 466, disciplina la concessione dei congedi ordinari e di quelli straordinari per infermità. Occorre, però, che tali disposizioni sieno state inserite, a suo tempo, nel capitolato di servizio. Può ben ritenersi che l'influenza sia malattia contratta in servizio od a causa di esso, salvo, però, esaminare le circostanze di fatto che accompagnarono la infezione.

(7498) *Dimissioni del medico condotto interino.* — Dott. N. G. da S. R. — I medici impegnati provvisoriamente nei Comuni hanno la facoltà di poter, quando il credano, rassegnare le proprie dimissioni, sempre quando nel capitolato o nell'atto di nomina non sia determinata espressamente la durata del servizio che assumono di prestare.

(7499) *Congedi - Lazzaretto.* — Dott. L. V. da M. — Nei tre mesi di congedo straordinario per malattia va compreso il mese di congedo ordinario. Il medico condotto non può essere obbligato a dimorare continuamente nel Lazzaretto per curare gli ammalati ivi ricoverati. Può essere obbligato alla cura di detti infermi ed a recarvisi giornalmente ma non a rimanere costantemente fra di essi. Nella uscita dal locale occorre adempiere alla più scrupolosa disinfezione degli indumenti personali e delle mani.

(7501) *Aumento di stipendio - Indennità caroviveri.* — Dott. F. P. da P. — Dal momento che Ella fu comandata ad assumere il posto di medico condotto col compenso stanziato in bilancio per esso, cioè di lire 4000, non v'ha dubbio che possa pretendere cifra maggiore se tale compenso, per qualsiasi causa, sia stato aumentato. Se, dunque, il Comune ha creduto accrescere lo stipendio che prima corrispondeva al proprio condottato deve anche a Lei, che sostituisce quel funzionario, corrispondere la somma maggiore, calcolata, s'intende, sullo iniziale stipendio di lire 4000.

Per la indennità caro-viveri, oltre quella che riscuote come impiegato dello Stato non può averne altra, giacchè collo stipendio aumentato andrebbe a lire 4900, eccedendo il limite massimo per tale concessione, che è di lire 4500.

(7502) *Campagna di guerra - Computo agli effetti della pensione.* — Dott. G. T. da C. di R. — Finora nessuna speciale disposizione è stata presa circa il computo della campagna di guerra agli effetti della pensione.

(7504) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. C. G. da S. L. N. — Il Comune è sempre tenuto a pagare la differenza fra lo stipendio militare e quello civile che esso precedentemente corrispondeva al medico condotto. A misura che, per qualsivoglia causa, diminuisce lo stipendio militare aumenta conseguenzialmente la differenza e, quindi, l'obbligo del Comune. Quando lo stipendio militare cessa del tutto per convalescenza o per licenziamento, il Comune deve corrispondere l'intero stipendio, salvo, in quanto alla durata, il limite fissato dalla legge per i congedi accordati per infermità.

Fin che dura la qualità di ufficiale ed il conseguente diritto a stipendio, deve ricevere dalla amministrazione della guerra l'indennità caro-viveri: quando diventerà nuovamente ed esclusivamente impiegato comunale, dovrà tale indennità ricevere dal Comune.

(7505) *Congedo - Indennità per non averlo usufruito - Tassa esercizio.* — Dott. E. C. da V. — Nessuna speciale indennità o pagamento di stipendio è dovuto al medico condotto il quale, stante il divieto dettato da ragioni di pubblico interesse, non ha potuto usufruire del mese di congedo. Il medico condotto, sia a condotta piena, sia a condotta residenziale, non è soggetto a pagamento della tassa esercizii, perchè è un impiegato comunale e come tale è esente.

(7507) *Sessennio.* — Dott. L. B. M. da M. S. S. — E da ritenere che l'aumento sessennale si debba calcolare sullo stipendio di lire 1000, che dalla G. P. A. fu nel 1912 sostituito allo iniziale di solo lire 600. Se così non fosse, non vi sarebbe stata ragione per non concederle il sessennio nel 1913, epoca in cui si compivano i sei anni dalla data della nomina sullo stipendio di lire 600. L'aumento di stipendio ottenuto nel 1912 interruppe il sessennio in corso ed aprì un nuovo periodo, che ora si compie, sullo stipendio di lire 1000 per sei anni continuamente goduto.

(7508) *Medico manicomiale - Limite di età - Pensioni.* — Dott. A. G. da P. — Per i concorsi a medico manicomiale non è fissato alcun limite di età, essendo questo stabilito solo per le nomine a medico condotto e ad ufficiale sanitario. Ciò, però, salvo disposizioni speciali contenute nei regolamenti interni di ciascun nosocomio. La esenzione dipendente dallo aver esercitato altre cariche similiari stabilita per i concorsi a nomine di medici condotti o di ufficiale sanitario non si può estendere per analogia alle nomine di medici di manicomii. Allorchè per coprire un determinato posto sanitario è prescritto il concorso, chi l'occupa senza concorso non può far valere il relativo servizio agli effetti della pensione se non per raggiungere più presto il relativo diritto, dovendosi considerare come un semplice interino.

Doctor JUSTITIA.

Al dott. L. V.:

Per gli esami ad ispettore sanitario nelle Ferrovie non esiste programma speciale; essi sono, in complesso, esami di coltura generale medico-chirurgica e possono avere una certa attinenza con l'esercizio ferroviario (p. e., infortunistica). I concorsi vengono banditi quando se ne presenta il bisogno; dal passaggio delle Ferrovie allo Stato (1905) ad oggi ve ne sono stati due. INDEX.

CONDOTTE E CONCORSI.

Con la fine del mese in corso si rende vacante il posto di medico-chirurgo assistente presso gli Ospedali civili di Civitavecchia. La nomina ha la durata di un anno; è rinnovabile per un solo altro anno.

Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Amministrazione ospitaliera.

Medico-chirurgo fornito titoli ospitalieri, assumerebbe servizio di condotta preferibilmente in provincia di Roma.

Per le condizioni scrivere a: A. F., via Principe Umberto 112, Roma.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Dott. TRAMBUSTI BRUNO, tenente medico. — Sotto il continuo fuoco nemico, accorreva instancabilmente sulle prime linee per prestare le proprie cure ai feriti confortandoli anche con la parola e dimostrando coraggio ed alto sentimento del dovere. — Costone Roccioso di Mesuiak, 19-25 agosto 1917.

ENCOMIO SOLENNE.

Capozzi Angelo, da Sant'Antonio a Cupolo (Benevento), tenente medico complemento, reggimento fanteria. — Di nottetempo, durante un violento attacco nemico, si portava, sotto vivo fuoco e di sua iniziativa nel posto più avanzato, disimpegnando, con serenità e fermezza, la sua missione per tutta la durata dell'azione. — Monte Lemerle e Magnaboschi, 17 giugno 1916.

Carile Ernesto, da Macchiagodena (Campobasso), tenente medico complemento battaglione fanteria. — Durante un forte bombardamento nemico, noncurante del pericolo, raccoglieva e curava, coadiuvato da altri militari suoi dipendenti, alcuni feriti di una nostra batteria rimasti abbandonati. — Monte Pazul, 15 maggio 1916.

Del Ponte Giorgio, da Copetown (Sud-Africa), tenente medico reggimento fanteria. — Durante un'azione, dette prova di grande abnegazione e coraggio nel disimpegno della sua pietosa mansione. — Monte San Michele, 15 maggio - Selz, 6 luglio 1916.

CROCE DI GUERRA.

Prof. CESARE AGOSTINI, ten. col. medico, ispettore capo dei servizi neuropsichiatrici della Zona di guerra.

MEDICINA SOCIALE.

Provvidenze sociali post-belliche.

La relazione parlamentare sul disegno di legge per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra, reca le seguenti auree parole: «Preparare preventivamente i mezzi molteplici per costrurre l'edificio sociale, che dovrà sorgere dopo la pace futura, è compito sagace e doveroso quanto quello di preparare, instancabilmente, i mezzi della guerra».

Di alcuni capitoli di questo vasto programma, tratta con profonda conoscenza di causa e con larghezza di vedute il dott. V. Magaldi (*Rassegna sociale* - Rivista della Cassa Nazionale Infortunî, giugno 1918).

Fra gli assillanti problemi, che si presentano, uno dei più importanti è l'educazione civile del popolo, da cui dipende la stessa efficacia dei provvedimenti legislativi. Gli indici della scarsezza di tale educazione possiamo trovarli nella trista piaga dell'analfabetismo (oltre 11 milioni di analfabeti nel 1911, con quozienti del 65 % (Basilicata) ed anche del 69.6 % nelle Calabrie), nella criminalità che dolorosamente è in aumento. Ma anche dove la scuola ha esercitato il suo ministero di insegnare a leggere e scrivere, è assai dubbio se da essa sia derivata una vera educazione del popolo. L'osservanza alla legge, che pure si può dire la prima regola del vivere civile, il primo dovere del cittadino, è invece trascurata fino ad osservarsi una vera voluttà di disobbedire al precetto, anche se consigliato con benevola raccomandazione.

Ora lo Stato deve apprestare i mezzi adatti per dare alla scuola popolare una missione efficacemente educatrice, favorendo anzitutto l'opera dei patronati, proteggendo le buone iniziative degli onesti, che hanno chiara la visione della profilassi morale del popolo. A nulla vale la legge che non abbia un substrato nell'anima del popolo. Giustamente osserva il cardinale Gibbons, uno dei più illuminati prelati degli Stati Uniti, che «uno dei più grandi errori della nostra epoca è di credere che la legge basti a guarire tutte le tare sociali. La legge, che esce dalla via naturale è nata-morta e le leggi nate-morte fanno nascere nel popolo il disprezzo dell'autorità costituita». Saggie parole che vorremmo fossero meditate dai nostri governanti, i quali, elaborata una legge, si sentono in pace con la loro coscienza, trascurando l'intenso lavorio di preparazione necessario perchè essa non rimanga un vacuo vento.

Un altro dei gravi problemi da affrontare riguarda *l'alcoolismo;* è inutile insistere qui sulla importanza di combatterlo, senza cadere nelle esagerazioni degli intransigenti, che finiscono per screditare la buona causa per cui lottano. Poco aiuto si potrà avere dalle leggi, che talora sembrano fatte apposta per favorirlo, come quella del riposo domenicale imposto a tutti gli esercenti meno che agli osti, come le recenti disposizioni contro lo sviluppo di epidemie che ordinano la chiusura dei cinematografi, lasciando aperte le osterie (che sono

certamente meno pulite di quelli) in cui si riversa la folla.

Nella educazione ed in una assidua, efficace propaganda si troveranno i mezzi più adatti per prevenire i danni dell'alcoolismo.

L'educazione civile del popolo, che fa nascere ed afforza il sentimento della responsabilità e della solidarietà sociale, deve trovare conforto e compenso nella giustizia sociale, di cui sono evidenti espressioni *l'igiene sociale* e la *protezione del lavoro*. Tendono a quest'ultime le molteplici disposizioni emanate recentemente in occasione delle industrie che lavorano per la guerra e che dimostrano un diverso orientamento ed una più larga concezione dei rapporti fra imprenditori e maestranze.

Quanto all'igiene — sociale e non individuale, divenuta una vera morale della vita — non v'ha alcuno che possa disconoscere la necessità che ne venga diffusa la sua conoscenza fra il popolo, che nulla ne conosce, e non può apprezzarne i vantaggi.

Si ricollegano poi con questi altri problemi, quali quelli dell'abitazione, dell'urbanesimo, dell'assistenza medica.

Il problema della *casa popolare*, p. es., non ha avuta ancora una soluzione soddisfacente. Le Cooperative e gli Enti autonomi hanno soddisfatto finora soltanto le esigenze della piccola (non troppo piccola!) borghesia, degli operai indipendenti ad alto salario; ma le abitazioni insalubri abbandonate da questi sono state subito occupate dai più poveri, in condizioni impressionanti d'affollamento, perpetuando il triste fenomeno del tugurio. Ora è necessario dare una abitazione umana ai senzatetto, ai miseri che vivono nelle tetre mude, favorendo gli strati più bassi del proletariato e non soltanto di quello operaio. Denaro a buon mercato e credito largo sono i più grandi bisogni dell'edilità popolare, per la quale l'A. cita esempi luminosi e confortanti dell'estero, specialmente del Belgio. E più assillante si presenta il bisogno della casa popolare per quelli che ritorneranno dalla guerra. Essa quindi assume un posto eminente nel campo delle previdenze sociali post-belliche, e costituisce un prezioso coefficiente della *lotta antitubercolare*. Vario e complesso è il programma per questa e poderosi devono essere i mezzi per attuarlo. Meschina pur troppo è l'opera fin qui compiuta, dovuta quasi per intero a generosi sforzi privati: sembra però che lo Stato abbia compreso il gran dovere che gli incombe ed il notevole vantaggio all'economia nazionale, che si potrà ritrarne.

Anche lo spezzamento del latifondo e l'utilizzazione delle terre di demanio pubblico sono di precipua importanza nel grande edificio dell'igiene sociale. Il faticoso lavoro legislativo fatto in proposito è rimasto sinora inane, ma non v'ha dubbio che nelle profonde modificazioni della vita sociale, che seguiranno l'immane conflitto, il problema troverà un'adeguata soluzione.

Tutti questi provvedimenti potranno trovare un grande ajuto nelle assicurazioni sociali, che da noi sono tuttora poco comprese, e quindi scarsamente diffuse. Mancano, p. es., l'assicurazione-malattia e l'assicurazione-invalidità; assai imperfetta è la legge sugli infortuni e fonte dei gravi inconvenienti a tutti noti. Grandiosa è la previdenza sociale che ne può venire dalle assicurazioni tanto più quando non se ne restringa il concetto all'operaio, ma lo si estenda alla società, comprendendosi, p. es., i piccoli commercianti, i piccoli industriali, i piccoli agricoltori proprietari, gli impiegati di aziende private. Auguriamo che di questa gloria sociale si renda degna l'Italia nostra, redenta e più grande per la gloria delle armi.

INDEX.

MEDAGLIONI.

Giacomo Filippo Novaro.

Ecco un altro dei nostri amati maestri, che, colpito dalla inesorabile legge dei limiti d'età, lascia la cattedera, mentre ancora tanta copia di preziosi insegnamenti ne potrebbe venire ai discepoli.

Nato a Diano Sarreta il 1º maggio 1843, egli compì gli studi universitari a Torino, donde uscì laureato il 21 luglio 1868, per recarsi quale medico condotto a Moncalieri. Quivi, nella diuturna aspra fatica della condotta, che foggia l'uomo ed il professionista, rimase quattro anni, dividendo la sua attività fra l'assistenza agli ammalati e gli studi anatomici, che dovevano servire poi di base granitica alla sua opera di chirurgo.

Lasciò la condotta per il posto di assistente alla Clinica chirurgica del Bruno a Torino, dove rimase, come aiuto, fino al 1881, introducendovi, con fede di apostolo, la medicazione antisettica. Passò in seguito chirurgo primario all'ospedale di S. Giovanni, pure a Torino, e nel 1885 vinse il concorso di clinico chirurgo a Siena. Di qui passò, pure per concorso, a Bologna, dove raccolse la non facile successione del Loreta, destando subito la simpatia, l'ammirazione e l'affetto dei discepoli. Nel 1898, però, l'amore del natìo loco lo sottrasse all'Ateneo di Bologna, dove è sempre vivo il ricordo di lui, per condurlo a Genova, chiamato per voto unanime della Facoltà, a succedere al Caselli.

Ed è questa cattedra che egli ora, nella sua vegeta vecchiezza, lascia fra il rammarico di tutti quelli che dei suoi insegnamenti hanno fatto tesoro. Numerose ed importanti sono le orme che il Maestro ha stampato nella sua lunga ed operosa carriera. Dalle prime investigazioni anatomiche sulla topografia dell'orecchio, egli passò in seguito alle applicazioni pratiche della chirurgia, nella quale la sua arditezza era sorretta da una profonda conoscenza della materia. Egli per il primo eseguì operazioni, che sono poi passate, magari sotto altra etichetta, nel dominio comune dell'alta chirurgia: le modificazioni alla tecnica della laringectomia, la gastro-enterostomia per ptosi, la colecistostomia per angiocolite, la tiflostomia per colite, la cura radicale dell'ernia crurale, occludendo l'apertura erniaria con lembo pettineo, e molte altre a cui egli ha legato il suo nome.

Nel suo insegnamento egli ebbe sempre di mira che la grande maggioranza dei suoi uditori non era destinata all'alta chirurgia, ma alla pratica gior-

naliera spicciola. Perciò le sue lezioni, anche quando trattavano i grandi ardimenti chirurgici o le sottili diagnosi, contenevano sempre dei preziosi consigli pratici ed erano ascoltate e seguite col massimo interesse.

Possa ancora la sua attività, che tanto si è prodigata anche in occasione della guerra, esercitarsi per lungo tempo a vantaggio dell'umanità sofferente e dei suoi discepoli, che nelle oscure condotte, negli ospedali, sulle cattedre, serbano sempre per lui il più profondo attaccamento. I. P.

NOTIZIE DIVERSE

La Società italiana di medicina interna ai medici delle città redente.

Il senatore Maragliano, in nome della Società, ha diretto alle Camere mediche di Trieste e Trento i seguenti telegrammi augurali.

È d'uopo ricordare che nella sua riunione del 1916 la nostra Società stabiliva di tenere la sua prossima riunione a Trieste: era il sogno sempre vivo nel nostro cuore, sogno ormai divenuto realtà. Adempiendo il loro voto del 1916 i medici italiani vedranno al loro Congresso affluire numerosi e plaudenti tutti i medici delle vecchie e delle nuove provincie affratellati dalla grande soddisfazione di essere riuniti in uno Stato solo dal possente desiderio di assicurare al cospetto del mondo la grandezza dell'Italia unita.

«*Camera Medica — Trieste.*

Ai colleghi fratelli che entrano desiderati e lungamente attesi nella famiglia medica nazionale, giunga gradito il saluto della Società Italiana di Medicina anelante di affermare in Trieste la scienza italiana ormai emancipata da ogni dittatura straniera. Senatore MARAGLIANO».

«*Camera Medica — Trento.*

Società Italiana di medicina esultante al vedere i colleghi fratelli di Trento alfine ricevuti sotto la bandiera Nazionale, porge ad essi caldo, affettuoso saluto. Senatore MARAGLIANO».

I medici militari al ten. Paolucci.

A nome di un gruppo di colleghi gli onorevoli L. Dore, T. Morisani e R. Caporali, ufficiali medici, comunicano che i medici militari, orgogliosi che il tenente medico dott. Raffaele Paolucci abbia riaffermato a Pola — in sintesi gloriosa — le virtù di oscure abnegazioni e anche di eroici ardimenti del Corpo Sanitario Militare, intendono offrirgli una medaglia d'oro a testimonianza del loro plauso e della ammirazione e gratitudine della Patria.

La Duchessa d'Aosta e la Croce Rossa italiana.

Il presidente della Croce Rossa italiana, conte G. Frascara, ha inviato alla duchessa d'Aosta il seguente telegramma:

«Nell'ora solenne in cui i destini d'Italia sono gloriosamente compiuti, la Croce Rossa italiana porge il suo voto di plauso e di ammirazione a Voi che vibrante di carità e di amore pei nostri feriti, prostrati ma non domi, sapeste organizzare a loro conforto il magnifico corpo delle nostre infermiere volontarie battezzato e consacrato dal fuoco e dai morbi insidiosi, caro alla Patria per le sue eroiche virtù e per i suoi sublimi sacrifizi. — FRASCARA».

La duchessa d'Aosta ha così risposto:

«Con riconoscenza accetto il Suo plauso per le mie infermiere in quest'ora supremamente grande e mi conforta il suo elogio per l'opera che con loro ho compiuto seguendo gli intenti della provvida istituzione di cui Ella regge con tanto amore e perizia le sorti. Aff.ma: DUCHESSA D'AOSTA».

Un appello della Croce Rossa serba.

La Presidenza della «Società serba della Croce Rossa» pubblica un appello in cui è detto:

«Allo scopo di salvare la nostra popolazione, ridotta quasi alla metà, da malattie e da altre calamità inerenti alla guerra, noi ci permettiamo di inviare questo appello a tutti i nobili amici del popolo Serbo, che hanno già così generosamente risposto alle nostre ultime chiamate, con la preghiera di volere, in questi momenti decisivi per la vita delle nostre generazioni, venirci in aiuto coi loro doni in abiti, biancheria, tela, stoffe, fili, aghi, calzature, viveri freschi o conservati, thè, zucchero, latte condensato, sapone, medicine ed altri materiali necessari al mantenimento degli ospedali, con offerte di danaro, ecc.

Non è che ricevendo questi soccorsi al più presto possibile che noi potremo ancor giungere ad assicurare alla nostra popolazione quei migliori giorni, che essa ha così pienamente e degnamente meritati.

L'intero popolo Serbo nell'intimo del suo grande cuore nutrirà il miglior ricordo e la più viva riconoscenza per tutti coloro, che provano, a suo riguardo, nobili sentimenti di solidarietà e di altruismo.

Tutti gli invii vanno fatti al *R. Consolato Generale di Serbia a Salonicco* per la «Croce Rossa Serba» o al *R. Console Generale di Serbia a Roma*, via Poli, 25, per la «Croce Rossa Serba».

La Croce Rossa italiana e l'epidemia d'influenza.

Il Presidente del Pio Istituto di Santo Spirito e degli Ospedali riuniti di Roma ha diretto al Presidente della Croce Rossa italiana, on. sen. conte Giuseppe Frascara, la lettera seguente, che rende un alto tributo di gratitudine alla nobile istituzione umanitaria per l'opera di pietà e d'abnegazione prestata in Roma durante l'epidemia influenzale:

«Mi è singolarmente grato partecipare alla S. V. onorevolissima che il Consiglio di amministrazione di questo Pio Istituto nella sua seduta di ieri ha deliberato di esprimere a codesta benemerita Associazione il suo più vivo ringraziamento per tutto il prezioso aiuto dato agli ospedali nell'occasione della recente epidemia influenzale che ha imperversato in questa città.

L'offerta generosa di letti, di biancheria, di personale, di auto-ambulanze, dell'intero Ospedale «Leoniano», tutto il contributo larghissimo, incondizionato, dato con la maggiore rapidità e con la

cortesia più squisita, ha messo in condizione questi ospedali di potere far fronte a tutte le infinite necessità incombenti; onde essi sentono di assolvere ad un preciso ed assoluto loro dovere nel porgere calorosamente tutto il loro cordiale ringraziamento a codesta Istituzione, che già tante benemerenze ha conseguito per l'alta opera filantropica data nell'assistenza di guerra e di pace.

A questi sentimenti dell'intero Consiglio voglia la S. V. onorevolissima associare l'espressione della mia più alta considerazione».

Il censimento degli invalidi di guerra.

A cura di tutti i Prefetti si sta effettuando in questi giorni la distribuzione a tutti i Sindaci delle schede per il censimento degli invalidi di guerra. Tale censimento dovrà non solo stabilire il numero degli invalidi, accertamento che potrebbe anche essere eseguito a mezzo dell'autorità militare, ma le pensioni liquidate, la rieducazione avuta, la fornitura di apparecchi di protesi, le particolari attitudini di ogni invalido.

I Prefetti, nella distribuzione delle schede ai Comuni, si sono valsi della cooperazione dei Comitati già costituiti.

I Sindaci provvederanno alla compilazione delle schede che saranno quindi trasmesse alle rappresentanze provinciali dell'Opera Nazionale.

È caduto sulla breccia, nel suo Ospedale, vinto, appena quarantacinquenne, da inesorabili complicanze del morbo imperversante, il dott. prof. JADER BRUCHI, chirurgo primario dell'Ospedale civile di Ravenna e maggiore della C. R. I.

È un grave lutto per la scienza, per i colleghi e per la gente tribolata della bassa Romagna.

Nativo di Cinigiano, laureato a Roma nel 1899, iniziò la vita della condotta; ma, attratto da istintiva predilezione per la chirurgia, seguì dall'ospedale di Grosseto a quello di Ravenna l'illustre prof. Nicola Giannetasio, che lo ebbe suo allievo elettissimo e suo degno successore.

Dotato di profonda dottrina, di mente lucida, di volontà ferrea, volle arrivare ed arrivò, fiaccando colla indifferenza dei forti e dei securi gli astiosi attacchi, che dall'ombra soglionsi muovere a tutti coloro che, per virtù propria, si avviano a rapida fortuna.

Era libero docente di clinica chirurgica e medicina operatoria. Fu sopratutto un autodidatta. Operatore abilissimo ed apprezzato, tenne con onore il posto, che fu già di Nigrisoli e di Giannetasio. Pubblicò numerose pregevoli memorie di chirurgia. Fu un onesto ed un gentiluomo nel senso lato della parola. La sua naturale modestia fu pari al suo grande valore. La mitezza dell'animo gli guadagnò, in questa terra lacerata dagli odii politici, le universali simpatie.

Lascia fra i colleghi profondo rimpianto e ricca messe di affetti. A. R.

Il giorno 5 novembre, per malattia contratta nell'adempimento del proprio dovere all'ospedale da campo 204, moriva il dott. GIOVANNI BASILE, assistente alla R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Catania, già vincitore del premio C. Golgi.

Egli ha lasciato una serie di pregevoli lavori scientifici e clinici, alcuni dei quali pubblicati nel *Policlinico.*

I molti estimatori ed amici ne rimpiangono l'immatura perdita. D.

Indice alfabetico per materie.

Adrenalina nell'esame dell'apparato cardio-vascolare . . . . Pag. 1123
Antiformina: azione sulla morfologia e biologia del bacillo di Koch . . . . » 1112
Edema da fame . . . . » 1125
Ferite addominali: operazioni d'urgenza » 1116
Meningite cerebro-spinale epidemica: sieroterapia . . . . » 1105
Nefrite dolorosa . . . . » 1121
Paralisi laringee associate . . . . . Pag. 1128
Proiettili: ostacolo offerto dal pericardio » 1110
Provvidenze sociali post-belliche . . . » 1129
Purgazione per via ipodermica: valore clinico . . . . » 1124
Servizi sanitari: per la formazione del futuro corpo sanitario di complemento » 1114
Tiroide: trapianti e innervazione . . . » 1124

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 24 novembre 1918 Fasc. 47.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: O. Paleani: Contributo alle indagini sulla patogenesi dell'attuale epidemia d'influenza. — **Osservazioni cliniche:** G. Garbini: Sulla mancanza del riflesso rotuleo in giovani apparentemente sani. — **Lezioni:** E. Cornwal: Alcune considerazioni sul trattamento delle malattie cardiache. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: R. Rössle: La sifilide polmonare dell'adulto. — Rühl: Pseudoreinfezioni, superinfezioni, reinfezioni della sifilide. — NEUROLOGIA: Rheinardt: Sulle varici del nervo sciatico e sui loro rapporti con la sciatica e i dolori flebogeni. — FISIOPATOLOGIA: A. Agazzotti e G. Bilancioni: Alterazioni prodotte sull'organismo umano da una improvvisa e fortissima variazione della pressione atmosferica. — **Note e contributi:** F. Leporini: Dermatosi tropicali infettive in Cirenaica. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** R. Accademia dei Fisiocritici di Siena. — Accademia di Scienze mediche e naturali di Ferrara.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Un caso di oftalmoplegia totale bilateraie. — I disturbi oculari nella spirochetosi itteroemorragica. — TERAPIA: Il trattamento dei portatori di bacilli della difterite. — **Posta degli abbonati.** — **Varia:** L'organizzazione della lotta antitubercolare nell'esercito italiano. — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: L'avvenire dell'esercizio delle levatrici. —Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Albo d'oro. — Condotte e concorsi.** — Per la cattedra di Fisiologia a Roma. La nomina di Silvestro Baglioni. — **Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI VENEZIA.

Contributo alle indagini sulla patogenesi dell'attuale epidemia d'influenza

del dott. O. PALEANI, capitano medico dirigente il Laboratorio batteriologico.

L'attuale epidemia d'influenza ha avuto, com'è noto, due riprese. I primi casi, in Italia, si manifestarono nel maggio-giugno u. s., ed allora l'epidemia decorse con straordinaria mitezza, quasi senza mortalità, e le complicazioni bronco-polmonari furono assolutamente eccezionali. Nell'attuale ripresa l'epidemia ha acquistato, specie in alcuni centri, un ben altro carattere di gravità; le complicanze polmonari si son fatte straordinariamente frequenti, e con la comparsa di queste si è avuta una elevazione notevole di mortalità.

Il laboratorio da me diretto iniziò fin dal giugno u. s. delle ricerche che, naturalmente, guidate dalle conoscenze cliniche e dal valore che si attribuiva al bacillo di Pfeiffer, ritenuto allora universalmente, e da taluni anche presentemente, come agente specifico dell'influenza, si rivolsero subito alla ricerca di tale germe. Le indagini furono fatte tra i colpiti delle truppe del territorio della Piazza, specialmente tra quelli che costituirono qui, allora, i due principali nuclei d'infezione. Le ricerche furon dirette all'esame del muco faringeo e dell'espettorato. Furono praticati numerosi esami di muco faringeo (circa 40); in numero minore quelli di espettorato, per la ragione già detta, e cioè che la maggior parte dei colpiti non avevano escreato, essendo allora eccezionali le complicazioni bronchiali, assolutamente assen-

ti, almeno nell'epidemia da me osservata, quelle polmonari.

Il materiale da sottoporre ad esame veniva raccolto con le note cautele della tecnica, indi lavato con acqua distillata sterilizzata ed emulsionato in un po' di brodo sterile per l'allestimento di preparati e di colture. Gli strisci su vetrini venivano colorati a lungo con fucsina fenica diluita, secondo il metodo di colorazione del bacillo influenzale. Le colture, seguendo la tecnica originale, eran fatte su piastre di agar su cui si versano poche gocce di sangue umano o di piccione, raccolto e conservato sterile, ben defibrinato e ben disteso in strato sottilissimo ed uniforme su tutta la superficie della piastra. Le piastre venivano allestite al momento dell'uso, facendo attenzione di adoperare una giusta quantità di sangue, allo scopo di ottenere un terreno sufficientemente emoglobinico appropriato allo sviluppo del bacillo emofilo, ma contenente una minima quantità di sangue e tale da non renderlo troppo alcalino, perchè si sa che la eccessiva alcalinità del mezzo colturale ostacola lo sviluppo del germe.

All'esame diretto degli strisci di muco in nessun caso si ebbe allora a rilevare la presenza di forme cocco-bacillari numerose e riferibili al bacillo di Pfeiffer. Ripetuti gli esami con espettorato e con muco strisciato sul vetrino appena prelevato dal faringe e senz'essere lavato nè emulsionato, il risultato è stato sempre il medesimo, ossia negativo per la presenza di bacilli in quantità discreta e coi caratteri morfologici e tintoriali di quello di Pfeiffer: i germi presenti erano i comuni tipi che si ritrovano più o meno costantemente all'esame del secreto faringeo o bronchiale.

Le colture fatte col muco faringeo diedero tutte risultato negativo per il bacillo influenzale. Le colture dell'espettorato invece permisero, in tre casi soltanto, di isolare il bacillo di Pfeiffer.

Le caratteristiche colonie di questo piccolissimo bacillo si manifestarono con sviluppo assai lento, dopo un soggiorno di 48 ore e anche più di termostato, facilmente riconoscibili tra quelle più appariscenti, perchè più grandi, più spesse ed opache, appartenenti a germi comuni e sviluppatesi in modo assai più rapido: quelle del bacillo influenzale invece apparivano sotto forma di coloniette piccolissime, quasi invisibili, trasparenti, paragonabili a goccioline sottilissime di rugiada, sempre isolate se pur vicinissime, e visibili difficilmente per trasparenza, ma soltanto a luce incidente. Ottenute colture pure del germe, fu possibile farne successivi trapianti, ma sempre in terreno emoglobinico: non si riuscì a farlo crescere nei mezzi comuni. Le inoculazioni negli animali di laboratorio (conigli e cavie) di colture in brodo-sangue e di emulsioni di colture in agar-sangue non ebbero a determinare nè malattia nè morte degli animali medesimi. Sicchè nessun dubbio sulla identificazione esatta del germe, i caratteri morfologici e colturali del quale, nonchè l'innocuità di esso per gli animali di laboratorio, davano pieno diritto di ritenere come bacillo di Pfeiffer.

I risultati adunque di queste ricerche, eseguite nel giugno scorso al primo manifestarsi tra noi dell'epidemia, furono allora i seguenti: reperto assolutamente eccezionale del bacillo di Pfeiffer nei molti esami fatti: esso fu potuto dimostrare soltanto nell'espettorato ed in pochissimi casi.

Nella ripresa attuale dell'epidemia con carattere di maggior diffusione e sopratutto di gravità per il comparire e persistere di gravi complicazioni pleuro-bronco-pneumoniche, le ricerche sono state da me riprese e condotte seguendo lo stesso criterio che mi guidò in quelle precedenti: però questa volta è stato possibile avere materiale più caratteristico e condurre le indagini in maniera più completa. Materiale di esame è stato ora sopratutto l'espettorato; inoltre le indagini sono state rivolte allo studio dell'essudato pleurico nei casi non rari con complicazione di tale natura; al sangue degli ammalati; e, nei cadaveri, furono fatti esami batterioscopici e colture con materiale prelevato dal parenchima polmonare, dai bronchi più sottili e dalla milza (com'è noto, alla sezione si trova sempre più o meno spiccato tumore acuto di milza). Dirò subito che il risultato degli esami fatti con materiale prelevato dal cadavere è stato quasi di nessun conto: il che, del resto, si spiega data la difficoltà di poter eseguire i prelevamenti poche ore dopo la morte, e lo scarso valore che deve attribuirsi ai risultati delle semplici indagini batterioscopiche, nonchè delle prove colturali con reperti non costanti o di natura evidentemente accidentale.

Risultato negativo ho ottenuto finora anche dalle prove emocolturali, sulle quali però converrà insistere su più vasta scala e nei diversi stadi della malattia.

L'esame del muco faringeo e dello sputo nei casi più comuni dell'infezione, in quelli cioè a decorso benigno senza complicazioni polmonari, mi ha dato anche questa volta risultato o del tutto negativo o eccezionale per il bacillo di Pfeiffer.

Invece le indagini sistematicamente condotte nell'espettorato dei casi complicati con fatti

bronco-polmonari mi hanno portato a dei risultati che meritano di essere conosciuti e che non sono privi d'un reale interesse riguardo la tanto discussa patogenesi della presente epidemia d'influenza.

In questi casi l'espettorato si presenta con un aspetto veramente caratteristico, e cioè costituito di piccole masse compatte, dense, riunite a formare un blocco muco-purulento con striature di sangue: solo in qualche caso lo sputo è rugginoso come quello della pneumonite crupale. La tecnica seguita è stata sempre la stessa, e cioè: lavaggio del blocchetto muco-purulento in acqua distillata sterilizzata e successiva disgregazione della piccola massa di escreato lungo le pareti del tubo sterile, scegliendone la parte centrale per l'allestimento dei preparati microscopici e per la semina nei terreni di coltura. Così facendo è stato possibile dimostrare la presenza del bacillo influenzale in un caso all'esame diretto e colturale, in altri due nelle sole colture ed in associazione intima con un altro germe caratteristico, di cui ho avuto un reperto quasi costante in queste ultime ricerche, e del quale mi accingo ora a riferire più dettagliatamente.

Il germe che sono riuscito quasi sempre ad isolare dallo sputo dei colpiti con manifestazioni bronco-pneumoniche in atto — dico quasi sempre perchè il reperto è mancato soltanto in 2 dei 12 casi sottoposti ad esame — è stato pure ritrovato all'esame diretto dell'espettorato; inoltre ottenuto in coltura pura anche dall'essudato pleurico di 3 altri infermi con pleurite sieropurulenta complicante. Come ho detto, in due casi esso è stato rinvenuto, nell'espettorato, associato al bacillo di Pfeiffer.

Trattasi di un diplococco Gram-resistente che, come il bacillo di Pfeiffer, non cresce nei mezzi comuni di coltura, ma soltanto nei mezzi con sangue: in questi si sviluppa assai lentamente formando, in agar-sangue, delle coloniette sottili trasparenti, simili a gocce finissime di rugiada che macroscopicamente non si differenziano dalle colonie del bacillo influenziale: ciò spiega come in uno dei due casi in cui, come dissi, i due germi risultavano associati, essendo le colonie dell'uno così simili ed in così intima unione con quelle dell'altro, non si riuscì ad isolare il bacillo influenzale in coltura perfettamente pura; tanto che anche in successivi passaggi si vedono, nei preparati microscopici, tra i numerosi bacilli alcune catenelle di diplococchi che spiccano sul preparato perchè Gram-resistenti.

Questo diplococco ha tendenza a riunirsi in catenelle di 4-6-8 elementi, e perciò deve considerarsi come un *diplo-streptococco*, che chiamerei « brevis » perchè sempre costituito di pochi elementi. Soltanto dopo successivi trapianti esso forma, talora, qualche catenella più lunga, anche curve, e dà facili forme degenerative.

Non è dimostrabile una capsula nè all'esame dei germi provenienti direttamente dallo sputo o dall'essudato, nè in quelli provenienti dallo sviluppo nei terreni colturali. Oltre che in agar-sangue e brodo-sangue, esso cresce, ma non costantemente, in agar-ascite. Non si sviluppa, come s'è detto, nei mezzi comuni; non coagula il latte. Non sono riuscito ad ottenerne lo sviluppo in siero liquido. È certamente una varietà di pneumococco, pur non avendo nè la forma caratteristica nè la capsula del pneumococco di Fraenkel; per altri suoi caratteri, esigenze colturali, aspetto delle colonie, si avvicina al bacillo di Pfeiffer, e come questo potrebbe denominarsi « emofilo » per richiedere terreni di coltura con presenza di sangue.

Il reperto di questo diplostreptococco essendosi verificato con notevole costanza, sembrami non privo d'interesse. Senza voler trarre affrettate e poco serie conclusioni, pure dall'insieme dei risultati ottenuti da tutte le ricerche da me fatte e che furono iniziate, ripeto, fin dal primo manifestarsi dell'epidemia in Italia, e quando ancora assai discutevasi sulla natura precisa di essa, sembrami di poter con sicura conoscenza affermare che il reperto del bacillo di Pfeiffer devesi frattanto considerare come eccezionale; e con ciò esso verrebbe a perdere il carattere di germe specifico che finora aveva. Cosa del resto ammessa anche dallo stesso scopritore, il quale alla *Deutsche med. Woch.*, che lo interroga sui risultati delle sue recenti ricerche sulla eziologia della « flanders grip », risponde di aver trovato il suo bacillo soltanto in alcuni casi, e non si pronuncia ancora in modo definitivo sulla patogenesi dell'infezione. Accanto al bacillo di Pfeiffer si possono trovare *altri germi patogeni e più frequentemente di esso.*

Il diplostreptococco da me ritrovato e descritto rientrerebbe appunto nella categoria di questi altri germi, e rappresenterebbe un reperto frequente, se non costante, solo o anche associato al bacillo di Pfeiffer, nei casi gravi d'infezione, soprattutto in quelli con complicanze pleuro-bronco-polmonari.

Diversi autori hanno descritto la presenza di diplococchi Gram-positivi nella presente epidemia. Il Selter, direttore dell'Istituto d'igiene in Koenigsberg, mentre nega qualsiasi valore al bacillo di Pfeiffer come agente morbigeno in questa affezione, dà maggiore importanza al

reperto di diplococchi del gruppo pneumonico, senza però ammettere che essi neppure costituiscano il vero agente eziologico. E così il prof. Hirschbruch, dell'Istituto batteriologico in Metz, avrebbe trovato più spesso del bacillo di Pfeiffer dei diplococchi sottili, in cui egli, riferendosi agli studi di Obendorfer sulla pneumonite equina, vorrebbe vedere un'affinità con l'attuale epidemia umana, senza peraltro giungere alla conclusione d'incolpare il diplostreptococco della pneumonite contagiosa degli equini di essere l'agente della presente infezione (vedi *Riforma Medica*, fasc. 39, 1918).

Senza voler trarre, ripeto, dai risultati delle mie ricerche, conclusioni di sorta, tuttavia penso ch'esse possano costituire un non del tutto inutile contributo allo studio dell'eziologia dell'attuale epidemia, che tanto interessa tutte le nazioni, e di cui gli studiosi si affannano a ricercare l'esatta patogenesi.

La mia voce modesta si unisce a quella di altri ricercatori, i quali non vedrebbero, nel bacillo influenzale l'unico e più importante agente della malattia, nè tanto meno sono disposti a conferire ancora ad esso il valore di germe specifico. Ma la presenza di esso e soprattutto quella di altri germi patogeni rinvenuti specialmente nei casi gravi, potrebbero essere la causa delle complicanze e perciò della gravità stessa dell'infezione; il che si verifica anche per altre malattie.

Questa sembra essere, allo stato attuale, l'opinione di buon numero di ricercatori: con ciò potrebbe spiegarsi l'apparente discordanza tra i reperti finora ottenuti. Gli ulteriori studi rischiareranno certamente il problema ora posto dell'eziologia dell'influenza, il cui ignoto *virus* si vorrebbe di già ascrivere, anche per analogia con altre malattie altrettanto diffusibili, alla categoria dei *virus* ultramicroscopici.

Ottobre 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

MANICOMIO DI TERAMO.

Sulla mancanza del riflesso rotuleo in giovani apparentemente sani.

Prof. GUIDO GARBINI, direttore.

Quando il 24 febbraio 1910 all'Istituto umbro di scienze e lettere (1) comunicai un caso di mancanza di riflesso rotuleo in individuo sano, ebbi a dire che i casi fino allora conosciuti (due di Sommer, due di Mainzer, tre di Giannelli, uno mio) erano troppo scarsi per annettervi importanza semiologica e clinica e trarre da essi conseguenze pratiche. È necessario ricordarli brevemente.

Nei due giovani di Sommer, nei quali non si riusciva a provocare il fenomeno del ginocchio, i loro rispettivi genitori erano morti, molto probabilmente, per paralisi progressiva. Nella bambina di 7 anni del Mainzer il padre era ugualmente decesso per la stessa malattia: mentre la donna di 37 anni presentava tutti i sintomi della sifilide ereditaria.

In tutti e tre i casi non vi erano mai state malattie artritiche dei ginocchio, nè segno alcuno di diabete e di malattia del sistema nervoso centrale o periferico.

Le tre osservazioni di Giannelli, presentate alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma (1909), riguardavano soggetti di sesso maschile. La prima e la seconda osservazione si riferivano a due ragazzi, uno di 9 e l'altro di 12 anni, i cui padri erano stati, nella loro giovinezza, affetti da lue, e che, rispettivamente all'età di 40 e 48 anni, erano stati internati nel manicomio dove erano morti per paralisi progressiva; la terza di un giovane ventenne, figlio di un antico luetico, nel quale, all'epoca dei rilievi clinici, esisteva il quadro morboso della tabe dorsale. In tutti e tre i casi l'esame degli organi interni e quello del sistema nervoso non avevano fatto rilevare alcunchè di anormale, ed in nessuno poi si erano trovati segni di sifilide ereditaria.

Nel caso caduto sotto la mia osservazione e pubblicato nel 1910, si trattava di un giovane diciottenne non alcoolista, non diabetico, di sana costituzione fisica, senza segni di sifilide ereditaria, il cui padre aveva contratta in gioventù sifilide.

Per quanto riguarda il significato della mancanza del riflesso rotuleo nulla si sa di positivo; e le opinioni sono svariate. Così mentre il Moebius pensa che la mancanza di detto riflesso, in persone sane, abbia significato di grave eredità neuropatica; ed il Block che tale mancanza possa essere ereditata con o senza

(1) *Sulla mancanza del riflesso rotuleo.* Comunicazione fatta all'Istituto Umbro di scienze e lettere nella seduta del 24 febbraio 1910. *Annali del Manic. Prov. di Perugia*, ecc., anno III, fasc. IV.

altre manifestazioni morbose; il Giannelli pensa, fondandosi sulle osservazioni cliniche, che «la mancanza del riflesso rotuleo nei giovani possa talvolta essere l'indice di una pregressa infezione luetica subita dal padre».

Data questa incertezza nell'apprezzamento del fenomeno ed il numero limitato delle osservazioni finora fatte, ritengo che valga riferire quei casi che cadono sotto il nostro studio.

Dal 1910 in poi ho ricercato il riflesso patellare in tutti i figli di luetici che ho potuto osservare e mai l'ho trovato mancante.

Riferisco ora due casi di mancanza di riflesso rotuleo in due fratelli, il cui padre, in una certa epoca della vita, verso i 40 anni, contrasse sifilide.

Avi materni e paterni sani: lo stesso dicasi dei collaterali. Eredità assolutamente negativa per malattie nervose e per malattie del ricambio.

Il padre, N... M..., negoziante, conta presentemente 62 anni di età. In giovinezza ha sofferto di reumatismo. È stato bevitore di vino. Prese moglie verso i 25 anni; da questa ebbe quattro figli, un maschio e tre femmine, che hanno sempre goduta e continuano a godere buona salute.

Fra i 36 ed i 38 anni contrasse ulcera dura che, a quanto pare, non fu seguita da altre manifestazioni.

Due anni dopo la comparsa del sifiloma iniziale la moglie ebbe un aborto.

Nacquero quindi successivamente altri due figli, che crebbero sani.

Il padre, fino a tre anni or sono, ha sempre goduto buona salute. In sul cadere del 1915 ebbe a soffrire di albuminuria, e, in seguito, di disturbi nervosi a carattere nevrastenico accompagnati da cefalea vespertina.

Dei cinque figli del N... M..., conobbi i due (rispettivamente di 19 e 20 anni) nati posteriormente all'epoca nella quale il padre si contagiò di sifilide; e, come in casi analoghi ho sempre fatto dal 1910 in poi, ho ricercato nei due giovani il fenomeno del ginocchio.

Tanto l'uno che l'altro sono sani e robusti, ed all'infuori delle comuni malattie della infanzia, non hanno sofferta mai nessun'altra malattia. Bevono vino, ma non ne abusano affatto; uno è fumatore e l'altro no. Non hanno sofferto malattie artritiche; l'esame delle urine, ripetutamente praticato, non ha messo in evidenza nè alterazioni quantitative, nè alterazioni qualitative. Nessun segno di sifilide ereditaria.

L'esame obbiettivo diligentemente praticato ha esclusa l'esistenza di qualunque malattia nervosa, o cerebrale, o spinale, o dei nervi periferici.

Con tutti i mezzi consigliati dalla tecnica e con tutti gli artifici (meno quello del Moebius, che praticava una iniezione di stricnina), ma sempre inutilmente, ho cercato di provocare il riflesso rotuleo (sarebbe stato interessante assicurarsi se esistesse il riflesso rotuleo nei figli nati prima che il N... M... si contagiasse).

Dei due figli, il più giovane ha accettato il mio consiglio di praticare su di lui la sierodiagnosi, che è riuscita positiva, l'altro non ha voluto annuire.

È noto che il riflesso rotuleo è fra i riflessi il più costante e che la sua mancanza (quando non ne ripete la causa a malattia del sistema nervoso centrale o periferico) per lo più temporanea, qualche volta persistente, si può avere negli individui con febbre altissima (Sternberg e Petitcler), in quelli fortemente affaticati, nella narcosi profonda, nella completa perdita dei sensi (Oppenheim), nei vecchi (Moebius), nelle artitri del ginocchio (Silva) e in un grande numero di diabetici.

Un tempo si riteneva che il fenomeno del ginocchio (per quanto raramente) potesse mancare nell'isterismo; ma gli autori più moderni, fra i quali mi basterà citare Babinski e la sua scuola, Sommer ed Oppenheim, ecc., lo escludono in maniera assoluta.

Il Moebius riteneva — come ho detto — che la mancanza congenita del riflesso rotuleo nelle persone sane fosse dovuta a grave eredità psicopatica, ed il Bloch che tale mancanza potesse essere ereditata.

Ora i miei due giovanotti non avevano nessuna eredità psicopatica, nè lieve, nè grave; nè avevano ereditata la mancanza del riflesso, che esisteva normalmente nel padre loro. D'altro canto, non erano diabetici, non avevano avuto malattie artritiche e non erano affetti da isterismo.

Il fatto, invece, che in tutti gli otto casi descritti antecedentemente era certa o per lo meno assai probabile la sifilide in uno dei genitori, fa ritenere che con molta probabilità la mancanza del riflesso rotuleo in giovani (almeno apparentemente sani) debba avere un qualche legame di causa ad effetto colla sifilide dei genitori.

I miei due casi attuali poi sono, a questo riguardo, molto dimostrativi. È infatti certa la sifilide paterna, ed è positiva la reazione Wassermann in uno dei figli nati dopo che il padre contrasse lue. Così che su 10 casi, fino a qui conosciuti, di mancanza del riflesso rotuleo in giovani apparentemente sani, in otto era certissima la sifilide paterna, e in due lo era molto probabile (casi di Sommer). La opinione del Giannelli anche per questi due casi miei riuscirebbe giustificata.

Quale può essere la causa della mancanza del riflesso rotuleo nei 10 casi noti fino ad ora? È difficile rispondere: si può escludere una lesione delle cellule motrici spinali, perchè allora altri sintomi avrebbero accompagnato la mancanza del riflesso nei casi in discussione;

così pure a me, sembra doversi eliminare la ipotesi di una lesione delle vie riflesse efferenti; è più verosimile ritenere, secondo me, che la mancanza del riflesso rotuleo dipenda da un difetto in un punto qualsiasi della via afferente.

Se la mancanza del riflesso rotuleo si trovasse in soggetti per il solo fatto che i loro genitori soffrirono di infezione celtica, essa dovrebbe riscontrarsi in tutti gli eredoluetici, o per lo meno in un grande numero di essi, invece che in numero molto ristretto. Vi deve essere qualche cosa che attualmente sfugge ancora al nostro esame. Potrebbe trattarsi, nei casi in questione, di tale iniziale e precoce? A portare un po' più di luce su questo problema sarebbe necessario, oltre l'esame della reazione Wassermann nel sangue e nel *liquor*, anche l'esame chimico e istologico del liquido cerebro-spinale di casi seguiti per molto tempo.

Teramo, 1918.

LEZIONI.

Alcune considerazioni sul trattamento delle malattie cardiache.

(EDW. E. CORNWALL. *Med. Record*, 31 ag. 1918).

L'A., giudicando dalla propria esperienza, ritiene che gli insuccessi, che si verificano nella prescrizione del riposo nelle malattie cardiache, sono dovuti ad errori che accadono frequentemente.

Il primo principio da applicare a tale proposito è quello di prescrivere il riposo a dose sufficiente, e, nel caso di un errore, è meglio sbagliare nell'eccesso piuttosto che nel difetto, in quanto che il primo ben raramente potrà riuscire dannoso al cardiopatico.

Per il riposo a piena dose, è necessaria la posizione orizzontale: con i piedi nel letto ed il capo sul cuscino: l'unico movimento concesso è quello di rotazione sull'asse orizzontale; per defecare ed urinare si ricorrerà sempre alla padella. La sola posizione seduta, che si può concedere, è quella dell'ortopnea.

Non è sempre agevole decidere per quanto tempo va tenuta questa posizione orizzontale assoluta. Nelle affezioni valvolari croniche di origine infiammatoria, l'A. prescrive la durata di un mese dopo la guarigione, per quanto riguarda gli adulti. Per il bambino, egli non prescrive una data fissa: più a lungo lo si tiene, meglio è, in quanto che, per tal modo, lo si salva dalle ricadute e lo si inizia al metodo di vita disciplinato e piena di privazioni, che egli dovrà seguire.

Nell'endocardite acuta, il riposo assoluto va osservato per tre mesi almeno, dopo la scomparsa dei sintomi della malattia acuta, vi siano o no segni di insufficienza.

Nella miocardite acuta e degenerazione acuta del miocardio, la lunghezza del riposo dipende dai cambiamenti patologici del cuore; ad ogni modo, in presenza di segni o di sintomi di degenerazione del miocardio, il periodo di riposo va misurato a mesi. Nei casi leggeri, che si verificano regolarmente nella tifoide, possono bastare un paio di settimane dopo la defervescenza; quando però vi sia una frequenza anormale del polso, o con un murmure mitralico transitorio da rigurgito, il riposo a letto va continuato ancora per parecchie settimane, sorvegliando poi il comportamento del cuore, quando l'ammalato si alza: se il polso aumenta molto di frequenza, il riposo a letto dovrà continuare ancora a lungo. Se poi vi si associa una improvvisa dilatazione del cuore, il paziente dovrà tenere il letto per parecchi mesi. L'A. ha osservato una persistenza per mesi e per anni di irritabilità e debolezza cardiache (manifestantisi con tachicardia e dispnea al minimo esercizio), imputabili ad eccessiva fretta nell'alzarsi, dopo una tifoide apparentemente leggiera.

Nella miocardite difterica è assolutamente indispensabile il riposo a letto per parecchie settimane, anche se non vi sono segni speciali di compartecipazione cardiaca. Se poi questi si osservano, il riposo dovrà essere non inferiore a tre mesi, e, successivamente, si dovrà restringere l'attività per un periodo di almeno un anno.

Il cuore da pneumonite, senza complicazioni infiammatorie, esige un riposo completo, che può limitarsi ad un periodo di 12 giorni, dopo la defervescenza. Durante il periodo acuto della malattia, il paziente va sorvegliato in modo da impedirgli di mettersi a sedere o di uscire, p. es., dal letto durante il delirio. Un provvedimento profilattico, che l'A. trova assai utile in tali casi, è quello della costipazione: evitare l'uso di purganti e di altri rimedi irritanti il canale gastro-intestinale, e fornire una dieta speciale, in quantità limitata, la quale, inoltre, non costituisca un mezzo di coltura favorevole allo sviluppo dei pneumococchi ingoiati e dei batteri della putrefazione.

Nell'influenza senza complicazioni, il riposo in letto fino a tre giorni dopo la scomparsa dell'ultimo sintomo, sarà la migliore misura preventiva delle complicazioni; come corollario, l'A. raccomanda di non abusare, come pur troppo si fa comunemente, dei derivati del catrame.

Nelle condizioni di degenerazione cronica del miocardio, con insufficienza cardiaca, specialmente nei vecchi, bisogna modificare le dosi del riposo, in modo da permettere che le fibre muscolari rimaste sane siano in grado di lavorare ancora.

È opinione comune che nei vecchi con cuori deboli non si deve prolungare eccessivamente il riposo a letto; non bisogna però esagerare in tal senso. Si lascia il paziente a letto per una o due settimane, vedendo così il beneficio terapeutico del riposo e provando dopo l'efficienza del miocardio. Ad ogni modo, le possibili conseguenze cattive dell'eccessivo riposo si prevengono fino ad un certo punto con massaggio, movimenti passivi ed esercizi di resistenza.

La restrizione dell'attività, nei casi con fragile compenso o diminuita riserva miocardica, è un capitolo importante nel trattamento delle malattie cardiache. Si può dire però in generale che il paziente deve limitare la sua attività nei limiti della sicurezza e non mai provare fino a che punto giunge la sua resistenza.

*
* *

Di grande importanza nella terapeutica cardiaca è la *dieta*.

In tutti i casi di insufficienza cardiaca, vi è sempre, in maggiore o minor grado, della congestione, la quale provoca disturbi nel metabolismo dei tessuti; quindi è necessario che gli alimenti siano di facile digestione, e che i tessuti, i quali si trovano in stato di minorata resistenza, siano preservati dal danno di tossiemie di origine dietetica. Le carni e le uova, cause frequenti di tali tossiemie, devono quindi essere escluse od usate molto moderatamente. È invece molto consigliabile il latte, che fornisce un alimento facile a digerire, con sufficiente quantità di proteine animali. Va poi notato che esso, nel guastarsi, va soggetto ad acidificazione, al contrario di altri cigi animali — come la carne e le uova — che invece vanno soggetti a putrefazione; esso costituisce quindi una dieta che favorisce lo sviluppo di batterî acidofili, anzichè di quelli putrefattivi.

Nello stadio avanzato di insufficienza cardiaca, con notevole deficienza digestiva, o congestione estesa del fegato e dei reni, si impone una temporanea riduzione della dieta a pappe molto liquide di cereali, latte modificato e sughi di frutta. In presenza di forti edemi, si ricorrerà alla limitazione di liquidi, ma questa riduzione non deve essere spinta all'estremo, fornendo almeno 800-1200 cmc. di liquido. La dieta di Karrel deve una parte del suo successo al fatto che ha un carattere non putrefattivo e che è in quantità ridotta.

Nelle infiammazioni cardiache acute, specialmente dei giovani, si deve fornire una dieta leggera; stabilitasi però la convalescenza, si deve provvedere a ristorare le forze del paziente, ciò che, però, non significa dare una grande quantità di carni.

Si darà invece in abbondanza latte e suoi derivati, una piccola quantità di carne e di uova, e molta frutta scelta, vegetali, e cibi fatti con cereali.

Nelle degenerazioni miocardiche croniche, generalmente accompagnate da altre degenerazioni, è indicata una dieta latteo-vegetariana o che ad essa si avvicini. Nei casi meno avanzati, si può concedere una piccola quantità di carne e 2 o 3 uova la settimana. In generale i pasti vanno aumentati di numero e diminuiti in quantità; particolarmente leggero deve essere quello della sera.

È con grande soddisfazione che il medico assisterà al miglioramento del proprio paziente in seguito alla regolarizzazione della dieta.

Questa sola, sul principio dei casi con alta tensione, porterà la pressione quasi alla norma, mentre, nei casi avanzati, darà un sensibile miglioramento. Non si insisterà mai abbastanza sul gran valore di una dieta conveniente nell'arterio-sclerosi.

Finora la medicina preventiva si è occupata nel salvaguardare l'uomo dall'invasione di microrganismi patogeni, ma anche il proteggerlo dai pericoli inerenti ai processi di nutrizione non è di minore importanza.

In ogni dieta vanno altresì considerati gli elementi salini dei cibi, tanto più quando la dieta viene ridotta in quantità ed in varietà. I sali sono forniti in quantità sufficiente quando si somministrano largamente latte, frutta e verdure. Ma quando qualcuno di questi alimenti è scarso, è necessario aggiungere una certa quantità di sali, in modo da far sì che tutti i tessuti dell'organismo umano siano continuamente in un bagno alcalino.

Particolarmente importanti sono i sali di sodio e di calcio, che vanno appunto aggiunti alla dieta se vi è il dubbio che vi siano scarsi, o se l'insufficienza degli idrati di carbonio tende a dare l'acidosi. La questione delle vitamine non può avere importanza quando si diano latte, frutta, verdure.

Utili sono i movimenti passivi, gli esercizi con resistenza ed il massaggio, specialmente fra il periodo del compenso per la posizione orizzontale sul letto e quello in cui l'ammalato avrà sufficienti forze di riserva nel cuore da poter abbandonare il letto. Ma gli esercizi debbono essere accuratamente controllati, in modo da evitare ogni sforzo.

I bagni terapeutici più rinomati sono stati quelli sfruttati per oltre una generazione a Nanheim. La guerra ne ha intaccato seriamente la popolarità; ma sembra ad ogni modo che essi siano stati stimati oltre i loro meriti, ed anche Mackenzie è della stessa opinione. Dannosi sono i bagni freddi, per quelli che non vi sono abituati, specialmente i bagni di mare ed il nuoto.

Presto o tardi, nelle malattie cardiache, viene il bisogno di somministrare medicamenti; senza entrare in molti particolari, l'A. dà qui delle regole generali per il loro uso.

Essi vanno usati, di solito, quando il solo riposo non è sufficiente per ristabilire la bilancia del circolo; in qualche caso eccezionale possono anche usarsi per impedire uno scompenso che sembra imminente, e vanno somministrati senza indugio nei casi troppo gravi per poter sentire vantaggio col solo riposo.

Come dosi, vanno somministrate quelle necessarie per produrre l'effetto desiderato, senza però eccedere. Regolarsi quindi stando bene attenti agli effetti tossici e non pretendere miglioramenti con una rapidità che non è naturalmente possibile. L'abilità di usare gli stimolanti cardiaci senza abusare è una prerogativa dell'esperto terapista.

Fra gli stimolanti cardiaci due sono specialmente importanti: la digitale e lo strofanto. Quanto a quest'ultimo, l'A. riferisce di aver ottenuto i migliori risultati con dosi di molto minori di quelle abitualmente consigliate. Esso ha il vantaggio di essere il medicamento più fedele, più potente e più rapido di tutti quelli della classe della digitale.

Specialmente raccomandabile è l'iniezione endovenosa; però può anche farsi vantaggiosamente l'iniezione ipodermica, senza timore (come è stato asserito da qualcuno) di provocare forte dolore locale; basterà fare l'iniezione più profondamente possibile ed usare soluzioni molto diluite. Anche la somministrazione sottolinguale è assai conveniente.

Senza parlare della digitale, di cui l'azione è nota a tutti, l'A. accenna all'uso della stricnina, caffeina, morfina, che non agiscono per diretto stimolo del muscolo cardiaco, ma, specialmente la morfina, sono di grande aiuto nel migliorare la circolazione. L'importanza della morfina, anzi, nelle forme più gravi dell'insufficienza cardiaca, è per l'A. aumentata col progredire dell'esperienza clinica.

Ad ogni modo, il rimedio fondamentale ed universale per le malattie cardiache rimane pur sempre il riposo, che è semplice, sicuro e facilmente applicabile; e sarebbe da applicarsi molto di più di quanto non si vada facendo finora.

FILIPPINI.

(8)

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La sifilide polmonare dell'adulto.

(Prof. R. RÖSSLE. *Münchener mediz. Wochenschrift*, 3 settembre 1918).

Al contrario delle forme di sifilide polmonare nei neonati, la sifilide polmonare dell'adulto è poco conosciuta, anzi, relativamente alla sua frequenza ed importanza, non è apprezzata al suo giusto valore. Si ritiene che essa non abbia tali particolarità da poterla diagnosticare con sicurezza, specialmente dalle forme tubercolari. Gli autori, che se ne sono occupati, la considerano come il campo più incerto della sifilide (Herxheimer), oppure come insufficientemente dimostrata o soltanto verosimile (Flockemann).

Di fronte a tali ingiusti apprezzamenti occorre per verità asserire che la sicurezza diagnostica nelle alterazioni polmonari relative è pure elevata e che rivolgendo lungi la propria mira si possono trovare le particolari alterazioni, che conducono alla diagnosi.

Sulle osservazioni di almeno 25 casi, l'A. può asserire che (almeno dal punto di vista anatomico) la sifilide polmonare è per lo meno altrettanto frequente quanto quella delle ossa e del fegato e che la sicurezza della diagnosi viene superata solo da queste forme e dalla sifilide aortica.

Una somiglianza con la sifilide di altri organi sta nel fatto che anche essa si manifesta come un fenomeno tardivo nella sifilide acquisita: da ciò, del resto, viene in certo modo facilitata la diagnosi, in quanto che si incontrano di solito anche affezioni sifilitiche di altri organi. Vi sono per altro collegate due difficoltà: l'una consiste nella impossibilità di avere la prova diretta dell'origine sifilitica nel riscontrare l'agente patogeno, l'altra nell'impossibilità di conoscere gli stadî precoci della malattia. Difficoltà, del resto, non insormontabili, poichè in qualche caso (sifilide polmonare cavernosa, bronchite miliare gommosa) è stato possibile dimostrare la presenza di spirochete specifiche; sarebbe però ben più convincente poter trovare le spirochete nei primi stadî della malattia polmonare; con le osservazioni istologiche si può poi risalire al processo primitivo in cui le alterazioni sono caratteristiche per l'organo ed affatto simili a quelle della polmonite interstiziale e del neonato affetto da sifilide ereditaria.

Non è ben certo se la sifilide polmonare dell'adulto possa derivare da quella congenita, o se questa possa in qualche modo trascinarsi

nella vita adulta e forse anche guarire. Si citano casi in cui, sotto il controllo della radiografia, si sono vedute regredire delle alterazioni di sifilide gommosa così in un ragazzo di 12 anni; l'A. però non ha mai veduto sifilide polmonare in bambini che avessero passato il periodo di allattamento.

Per quanto riguarda i caratteri macroscopici, si può asserire che le forme più difficili da riconoscersi sono quelle in cui si rinvengono le alterazioni più evidenti, quali, p. es., la tisi polmonare sifilitica cavernosa e la forma gommosa a grossi nodi. Per la caverna sifilitica non esiste alcun segno che la differenzi dalla tubercolare; vi è invece qualche segno per la diagnosi fra nodo gommoso e tubercolo. A tale riguardo però l'opinione di Hansemann, che la mancanza di caseificazione e di calcificazione sia peculiare ai nodi sifilitici, è vera soltanto per la calcificazione, che non si rinviene mai; ma non si può dire altrettanto della caseificazione, che si osserva in un certo stadio nelle gomme. Altrettanto raro, quanto le forme gommose o cavernose, è il polmone cicatriziale a grossi lobi (polmone lobato di Virchow), almeno molto più raro che la corrispondente forma nel fegato. Non così raro è invece il polmone a grossi nodi in cui la forma esterna non è sostanzialmente cambiata.

Le bronchiettasie sifilitiche, che pure non sono molto rare, sono da ritenersi come bronchiettasie atelettasiche o cirrotiche, trovandosi esse in tessuti polmonari, resi nodulari dalla sifilide, più o meno edematosi. Sarebbe anzi da vedere se le così dette bronchiettasie atelettasiche di Heller non siano più spesso di natura sifilitica: ad ogni modo, anche queste ultime sono caratterizzate dalla mancanza di pigmento antracotico. Questa mancanza è uno dei segni più importanti in quella forma dell'adulto, che sarebbe la più frequente e che si può chiamare pneumonite interstiziale (sifilide polmonare indurativa [Orth] e sclerosa [Maurice]). A questa infiammazione sifilitica prende parte non solo il mesenchima dei setti alveolari, ma anche il tessuto connettivo interlobulare e peribronchiale, nonchè il sistema sottopleurale delle maglie connettivali e gli spazî linfatici. Quanto più recente è l'infiammazione, e più limitata al parenchima polmonare, tanto più difficile riesce il riconoscerne la vera natura, specialmente quando il contenuto in aria del tessuto non ha variato molto, trattandosi anzitutto di infiammazione secca. Questo è caratteristico anche nei preparati microscopici; gli alveoli non contengono affatto essudato, solamente il rivestimento epiteliale appare leggermente irritato; manca od è scarso anche nei bronchi il catarro epiteliale. Le pareti alveolari però sono inspessite per l'infiammazione cellulare; predominano i linfociti e le cellule fusate; i prodotti fluidi infiammatorî vanno nei setti interlobulari; talvolta prevale l'edema, si infiammano le pareti dei bronchi, le arterie mostrano qua e là l'endoarterite. Contemporaneamente si hanno dei sifilomi miliari, che hanno l'apparenza di nodi varicosi delle pareti divisorie inspessiste, che esistono fra le vescicole polmonari, le quali sono da principio rimpicciolite, e più tardi irregolarmente allargate in seguito alla stenosi infiammatoria ed all'occlusione delle vie alveolari e dei bronchioli.

Con l'aumento del tessuto cicatriziale la pneumonite sifilitica interstiziale diventa più facilmente riconoscibile presentandosi in forma di un reticolato chiaro o alquanto nerastro, con segnate in bianchiccio le pareti esterne dei bronchi e dei vasi. I noduli linfatici bronchiali mostrano l'aspetto carnoso con rigonfiamento lucente, come si osserva per solito nelle altre lesioni sifilitiche. La pleura si trova o immune, ovvero con alterazioni analoghe a quelle descritte, ovvero semplicemente inspessita e liscia.

All'infiammazione cicatriziale della sclerosi polmonare sifilitica non compartecipa in uguale misura tutto il tessuto polmonare; le infiltrazioni più forti accompagnano i bronchi, i vasi, i setti interlobulari, e da essi irradiano. Avvenuta la guarigione della infiammazione, rimane per lungo tempo una ricca rete capillare e fra le pareti alveolari inspessiste e retratte si notano delle cavità, rivestite da epitelio cubico, simili a ghiandole.

Spesso si ha neoformazione di tessuto muscolare liscio, ciò che può accadere, del resto, anche in altre forme non sifilitiche di pneumonite cronica. Trattasi in parte di ipertrofia dei fasci muscolari già esistenti, analogamente a quanto avviene per l'intestino nella guarigione della dissenteria: in parte però si ha una vera neoformazione.

Riassumendo, le caratteristiche anatomo-patologiche della sifilide polmonare interstiziale sono le seguenti: inspessimento infiammatorio delle pareti alveolari con o senza sifiloma, infiammazione profonda sottoepiteliale dei bronchi e dei tessuti peribronchiali e perivasali, produzione di cicatrici a forma di corda, di colore chiaro, lucenti come dei tendini: la superficie di sezione appare come marmo rosso venato di bianco. Come fatti concomitanti si hanno: formazione di essudato negli alveoli e di pus nei bronchi, carnificazione, bronchiectasie.

Una volta imparato a conoscere questa forma, la si riscontrerà non raramente al tavolo anatomico; essa è caratteristica quanto la mesaortite se non forse altrettanto frequente. Per riconoscerla però non basta accontentarsi di un taglio nel lobo inferiore, ma bisogna praticarne altresì nelle porzioni anteriori e paravertebrali. I processi gommosi ed ulcerosi preferiscono le porzioni superiori ed inferiori dei lobi, la polmonite interstiziale si osserva specialmente a destra nel lobo medio. Generalmente, poi, si trovano anche in altri organi le alterazioni della sifilide terziaria.

Le difficoltà per una diagnosi differenziale si riscontrano specialmente con la linfangite reticolare descritta da Hansemann, che del resto è un'entità assai dubbia, avendo, in complesso, gli stessi caratteri della pneumonite interstiziale pleurogena. Nella linfangite reticolare vi sarebbe una pigmentazione delle cicatrici, ed inoltre quasi costantemente un'ipertrofia del cuore destro in rapporto col fatto che è affetta una gran parte del polmone, ciò che non accade nella sifilide polmonare.

Quanto al rapporto dei reperti anatomo-patologici con i fatti clinici, l'A. fa osservare che *l'affezione non venne nemmeno sospettata in nessuno dei 25 casi da lui osservati*, ciò che del resto concorda con quanto riferiscono generalmente gli autori. Solo recentemente Deutsch (*Fortschritt. d. Röntgenstr.*, 24, 1916) ha accennato ad un reperto radiologico caratteristico in un caso diagnosticato clinicamente. FIL.

Pseudoreinfezioni, superinfezioni, reinfezioni della sifilide.

(RÜHL. *Pathologica*, 1918, n. 234, pag. 173; n. 236, pag. 197).

L'affermazione del Ricord, confermata dal Fournier, sull'immunità asssoluta e duratura della sifilide contro una nuova infezione specifica, ha subito — in seguito agli importanti studi e scoperte moderne (spirocheta pallida, recettività degli animali, reazione di Wassermann, ecc.) — notevoli, gravi smentite. I casi che, secondo il Rühl, possono essere oggetto di discussione e di diagnosi differenziale, vengono schematicamente distinti in tre gruppi: le *pseudoreinfezioni*, le *superinfezioni*, le *reinfezioni*.

Come *pseudoreinfezioni* si intendono tutti quei casi nei quali una o più manifestazioni, dipendenti da una prima ed unica infezione, ne simulano, in maggiore o minor grado, una seconda.

Un esempio assai semplice viene offerto dai *sifilomi successivi* da inoculazione simultanea e dalle *recidive del sifiloma in situ* o *a distanza*.

I sifilomi iniziali consecutivi al primo assumono in genere, secondo Rühl, proporzioni più modeste del sifiloma iniziale primitivo; sebbene possa accadere, in seguito a condizioni speciali (recettività del terreno d'innesto, ecc.) che essi assumano proporzioni più cospicue o, sviluppandosi in sede lontana dal sifiloma primitivo, siano accompagnati da adenopatia regionale.

Il sifiloma iniziale recidivo può svilupparsi dopo 10-15-20 giorni dalla cicatrizzazione del sifiloma primitivo e talora anche dopo 3-10-12 anni (osservazioni di Ehrmann, Heller, Hutchinson, ecc.).

Esso probabilmente dipende dallo sviluppo ulteriore delle spirochete, rimaste *in situ* vive e vitali, malgrado la cicatrizzazione del sifiloma e le cure mercuriali fatte. Un tale fatto che trova riscontro nelle tubercolosi fibrose, clinicamente guarite, ma non anatomicamente, è stato sperimentalmente confermato dal Saudmann, il quale con le inoculazioni alle scimmie dei residui cicatriziali di sifilomi umani, clinicamente guariti, ottenne la produzione di tipici sifilomi iniziali.

Tali sifilomi iniziali recidivi possono svilupparsi in sede diversa da quella dell'ulcera iniziale primitiva. Così in due casi di Friboes la sclerosi primitiva era localizzata ai genitali e la recidiva in un avambraccio in un caso, ed in una tonsilla in un altro.

In questi casi si può trattare di un trasporto embolico e della successiva proliferazione di spirochete, rimaste vive e vitali in altre parti del corpo, ad es. tessuti profondi; oppure dello sviluppo ulteriore di spirochete residuate a lesioni secondarie, clinicamente guarite. Però in questi casi può sollevarsi il dubbio se si tratti di lesioni istologicamente riferibili al sifiloma iniziale o non piuttosto di lesioni appartenenti al periodo secondario o terziario. È noto infatti che manifestazioni secondarie possono simulare una sclerosi iniziale, e Finger stesso descrive papule del periodo secondario con induramento ed erosione, le quali clinicamente ricordano più il sifiloma primitivo, che le comuni efflorescenze papulose.

Fournier, sotto il nome di *sifiloma terziario canciforme*, descrive una lesione, localizzata ordinariamente nel solco balano-prepuziale, che si sviluppa dopo vario tempo dalla infezione primitiva, e che ricorda l'ulcera specifica iniziale.

Nel gruppo delle *superinfezioni* si comprendono quei casi in cui una nuova infezione specifica colpisce un organismo ancora ammalato.

Si conoscono infatti casi di superinfezione in tutti i periodi della sifilide, *manifesta per sintomi in atto.*

Così durante la *prima incubazione* numerose esperienze fatte sull'uomo sano (Gilbert, Belhomme, Wallace, ecc.) e sulle scimmie (Metchnikoff e Roux, Neisser, ecc.) avrebbero dimostrato che inoculazioni di virus specifico praticate ad intervalli di tempo, varianti tra 2 e 21 giorni, determinavano, dopo il secondo-terzo innesto, lo sviluppo di un tipico sifiloma.

E se obiezioni possono farsi a tali risultati, è certo che l'esistenza di sifilomi iniziali successivi, dipendenti da inoculazioni successive, è stata documentata dalle osservazioni di Diday, Mauriac, Jullien, Bumm, ecc.

Durante la *seconda incubazione*, numerosi autori ottennero risultati positivi nell'uomo inoculando virus sifilitico del paziente stesso o di altri sifilitici dopo la comparsa del sifiloma iniziale.

E fra gli altri, Queyrat, Finger e Landsteiner ottennero innesti positivi con inoculazioni praticate pochi giorni prima della comparsa della roseola.

In questi casi il secondo sifiloma ha per lo più un'incubazione più breve, uno sviluppo meno completo ed un'evoluzione più rapida del primo. Tale differenza è tanto maggiore quanto più tardiva era stata la reinoculazione.

In qualche caso però tali sifilomi si avvicinavano più ad una papula che ad una sclerosi iniziale.

Esperienze ed osservazioni cliniche dimostrano anche la possibilità di una superinfezione durante *il periodo secondario*, e *quello terziario*. Solo durante il periodo di latenza Finger e Landsteiner ottennero risultati negativi in tre soggetti, ai quali erano stati praticati innesti con materiale sifilitico.

Pare quindi che in questo periodo, corrispondentemente al silenzio sintomatico della malattia, si abbia una refrattarietà dell'organismo di fronte ad una seconda infezione.

La caratteristica di queste superinfezioni sarebbe — secondo la maggioranza degli autori — la produzione di lesioni aventi il carattere del periodo in cui si trova la sifilide preesistente del soggetto.

Per *reinfezione* si dovrebbe, etimologicamente, intendere un'infezione *ex novo* in un soggetto completamente guarito da un'infezione precedente.

Ma tale concetto, però, in seguito ai progressi della batteriologia e delle teorie immunitarie, è stato oggi notevolmente modificato, così che, secondo Finger ed altri autori, la diagnosi differenziale tra superinfezione e reinfezione si baserebbe, non sul criterio dell'avvenuta o non avvenuta guarigione della prima infezione, ma sui caratteri delle manifestazioni con cui si inizia ed evolve la seconda infezione.

Le varie modalità con cui può evolvere questa seconda infezione e comportarsi di fronte all'organismo vengono oggidì spiegate con una progressiva modificazione della reattività dei tessuti di fronte al virus sifilitico, modificazione che accompagna i fenomeni immunitari, facendo parte dei meccanismi di difesa dell'organismo e che il Rühl indica con il nome di « trasmutazione reattiva ».

In base a tale teoria (ammessa già da Levaditi, Finger, Neisser, Landsteiner, ecc.) potrebbero spiegarsi molti dei fenomeni che si osservano nel decorso tipico ed atipico della sifilide ed anche la possibilità che un sifilitico terziario reinoculato reagisca al nuovo innesto, a seconda dei casi, o colle manifestazioni di una superinfezione o con quelle di una reinfezione.

Infatti se la reinoculazione colpisce un organismo in cui persiste ancora un certo grado di immunità e di *trasmutazione reattiva* terziaria (la quale può essere generale o limitata al tessuto in cui si pratica l'innesto) si produrranno i fenomeni di una superinfezione; se invece essa colpisce un organismo in cui la immunità e la *trasmutazione reattiva* sono spente, totalmente o parzialmente (limitate cioè ad una o più zone lontane dal punto d'innesto) si vedranno — secondo l'autore — insorgere le manifestazioni di una reinfezione.

Il Rühl infine riferisce tre osservazioni personali dalle quali risulterebbe una reinfezione sifilitica (nel 1° e 3° caso); mentre nel secondo riesce difficile stabilire se si tratti di una reinfezione o di una recidiva locale del sifiloma primitivo.

F. FULCI.

NEUROLOGIA.

Sulle varici del nervo sciatico e sui loro rapporti con la sciatica e i dolori flebogeni.

(RHEINARDT. *Münch. med. Wochenschrift*, 1918, pag. 699).

L'autore, servendosi del metodo di Spaltheolz (iniezione di gelatina cromica), distingue le varici sciatiche in diverse specie:

1° Flebectasie e varici nell'interno del nervo.

2° Varici sulla superficie esterna di esso, le quali possono essere:

a) estese a tutto il decorso di esso;

b) grosse, tubulari o sacciformi, limitate all'estremo superiore di esso;

c) limitate all'estremo inferiore di esso o al n. tibiale o al n. peroneo.

3° Combinazione di varici esterne ed interne.

Le varici esterne e le superficiali apparten-

gono alla vena sciatica, alle vene perforanti ed ai rami venosi situati superficialmente. Esse costituiscono delle dilatazioni, le quali possono essere diffuse o circoscritte, grosse, sacciformi.

Specialmente importanti sono le grosse sacche venose che possono raggiungere il volume di un pollice e che si riscontrano sull'estremo superiore del nervo sciatico, dove la vena sciatica si anastomizza con la vena glutea inferiore.

Nel cavo del poplite, varici in forma di grossi noduli addossati ai nervi o di dilatazioni diffuse appartengono alla vena safena ed alla vena poplitea.

In rapporto con la durata e l'intensità dell'iperemia venosa si stabilisce nel nervo un aumento progressivo del connettivo collageno. Attorno alle vene varicose il connettivo interstiziale si ispessisce, dapprima in forma circoscritta, a focolai, quindi diffusamente, provocando la sclerosi diffusa del connettivo interfascicolare del nervo. A questa si associa spesso un accrescimento notevole del tessuto grassoso, che normalmente vi si ritrova solo in scarsa quantità. Ciò avviene a preferenza negli obesi e nei vecchi.

Tali varici, secondo Rheinardt, sono più frequenti nelle donne che negli uomini: ciò sta probabilmente in rapporto con i disturbi circolatorî provocati dalla gravidanza.

Per la loro genesi avrebbero importanza tutti quei fattori, che sono stati considerati come cause concomitanti o determinanti delle dilatazioni venose.

In alcuni casi ha importanza una debolezza congenita delle pareti vasali; come anche dilatazioni congenite di singole vene o territori venosi. Specialmente importanti sono i fattori meccanici, i disturbi circolatorî generali o locali (vizi cardiaci, stasi generale, cifoscoliosi, gravidanza).

Clinicamente spesso manca il dolore spontaneo e solo la ricerca di punti dolorosi può far rilevare la morbosa sensibilità del nervo.

In altri casi invece si hanno dolori spontanei ed alla pressione. Essi di solito scompaiono lentamente durante la notte ed anche durante il giorno se si resta in posizione orizzontale; diminuiscono nel camminare (in seguito al miglioramento della circolazione per il movimento), ricompaiono nella stazione eretta. Si iniziano ai piedi e lentamente si diffondono in alto, sino alle natiche.

Questi fatti dimostrano, secondo Edinger, che si tratta di disturbi circolatorî, che si rinnovano stando in piedi e che agiscono sui nervi, provocando dolore.

Per la *cura* Rheinardt consiglia l'estirpazione, specialmente quando si tratta di vene superficiali o del cavo del poplite, o dell'estremo inferiore del femore, dove più facile riesce la diagnosi di sede.

Egli quindi discute l'opinione di Siever, di tentar di determinare, mediante iniezioni nel nervo, l'obliterazione della varice e quindi la scomparsa della stasi venosa locale, e perciò anche dei sintomi clinici. Tale metodo non è mai stato applicato, e se teoricamente è possibile pensare che esso giovi, non si può d'altra parte escludere la possibilità che esso provochi l'aumento della sclerosi del connettivo interfascicolare, l'aumento della stasi nei vasi periferici, il cui deflusso è reso maggiormente difficile e si abbia quindi un peggioramento dei sintomi clinici.

Rheinardt consiglia inoltre la posizione elevata della gamba, il riposo, il movimento lento e la moderata compressione con fasce elastiche o calze elastiche.

F. FULCI.

FISIOPATOLOGIA.

Alterazioni prodotte sull'organismo umano da una improvvisa e fortissima variazione della pressione atmosferica.

(A. AGGAZZOTTI e G. BILANCIONI. *Giornale di medicina militare*, 1918, fasc. 7°).

È nota l'azione che la diminuita pressione dell'aria ha sull'organismo umano; la variazione della pressione può essere ottenuta sia entro la campana pneumatica, sia con ascensione in alta montagna, sia con gli apparecchi di volo. Numerose sono anche le ricerche fatte sulla malattia dei cassoni.

Il modo di agire della variazione di pressione è diverso quando essa avviene lentamente e gradatamente come nelle ascensioni in montagna, in pallone, in aeroplano, e quando la detta variazione avviene rapidamente e in modo irregolare, come nelle cadute degli apparecchi in volo, in certe esperienze con la campana pneumatica, nell'affrettata uscita degli operai dai cassoni, nei pescatori di spugne. Nel primo caso, quando le forti variazioni bariche sono lente e prolungate si ha quello stato morboso che Aggazzotti ha chiamato *ipobaropatia*: cioè mutamenti nella crasi sanguigna, come l'acapnea, l'anossiemia, l'iperglobulia; mutamenti nella meccanica cardio-vascolare, come polso frequente, congestioni periferiche; disturbi del sistema nervoso, come abulia, sonnolenza, astenia. Dal lato degli organi di senso e più specialmente a carico dell'udito non si hanno speciali disturbi, eccetto che gl'individui presentino lesioni tubariche ed esiti di pre-

gresse otiti medie; in tal caso si possono avere ronzii, vertigini, dolori auricolari e anche alterazioni anatomiche dell'orecchio medio.

Quando invece le variazioni bariche sono rapidissime e agiscono per breve tempo, i fenomeni generali suddetti vengono sopraffatti dai fenomeni locali, specie dal lato dell'orecchio.

In una visita di controllo fatta su allievi piloti che avevano sospeso il corso per disturbi provati durante il volo ad alte quote, le osservazioni, per un fortuito accidente, acquistarono valore di esperimento di laboratorio, poichè durante la prova quattro individui (i due autori dell'articolo e i due caporali piloti) ebbero a subire l'azione di una rapidissima rarefazione dell'aria da 760 a 360 mm. (620 m.) e un istantaneo ritorno alla pressione normale. Ciò avvenne per un guastò al manometro esterno della campana pneumatica, nell'interno della quale la pressione diminuì rapidamente, così che la penna del barografo con linea quasi verticale percorse in pochi secondi tutta la scala sino a 6000 m., uscendo dal cilindro rotante. E quando, con difficoltà, per lo stato di malessere grave in cui erano gli sperimentatori (astenia, barcollamento, dolori auricolari, ecc.), si potè richiamare, con colpi ripetuti contro la porta di ferro, l'attenzione dei meccanici, questi — fermando d'un tratto il motore e aprendo lo sportello della camera pneumatica — riportarono a 0 *d'emblée* la pressione. Tutti sentirono nella testa come uno schianto, un forte dolore alle orecchie e un'esagerazione dell'astenia e delle vertigini.

Le lesioni osservate in questi casi furono in prevalenza vascolari, a carico dei vasi della mucosa della cassa e della membrana timpanica; in un caso si ebbe lacerazione di essa, in un altro si formò un tipico ematoma intralamellare, dovuto, come poteva rilevarsi dalla sua posizione, a rottura di uno dei rami arteriosi che corrono lungo il margine posteriore del manico del martello. È probabile si sia avuto anche versamento ematico entro la cavità timpanica, che si vuotava a misura che si andava formando, a traverso la tuba; infatti il sangue che vari dei presenti emettevano al mattino dalla faringe doveva avere questa origine.

Queste lesioni hanno perfetta analogia con quelle ottenute da Cipollone nei gatti, sottoposti a squilibri di pressione entro una campana da palombaro.

Quanto al meccanismo della loro produzione, si deve ritenere siano indotte dalla rapidità con cui, nella detta esperienza, si è avuta la rarefazione e ancor più il ritorno alla pressione normale. A intendere lo stabilirsi e lo svolgersi di tali fenomeni occorre richiamare le nostre conoscenze sulla funzione della tuba eustachiana, in condizioni normali e patologiche. Siccome la sua permeabilità non è continua (Bilancioni), poichè la tuba in riposo sarebbe un canale chiuso, un improvviso sbalzo di pressione, positiva o negativa, può sorprendere l'orecchio medio in un momento in cui la pressione esterna non può essere neutralizzata da un'eguale pressione interna, per la via faringo-tubarica; quindi le lesioni di continuo a carico dei vasi e della membrana timpanica.

Il meccanismo col quale si formano le lesioni auricolari su ricordate è quindi lo stesso che determina le emorragie copiose nell'orecchio e nelle ossa cave degli uccelli, quando questi nella campana pneumatica, dopo una forte compressione, vengono sottoposti ad una troppo rapida decompressione. Sperimentalmente è stato dimostrato che tali emorragie non si manifestano nonostante i più forti e improvvisi squilibri di pressione ambiente, se prima di sottoporre l'animale all'esperimento si apre una comunicazione artificiale fra le ossa cave, p. e., del cranio, e l'ambiente esterno (Aggazzotti). Ciò avvalora la supposizione che la eccezionale resistenza descritta da Musenga in un pescatore di spugne di Simi (Egeo), che scendeva a circa cento metri sotto acqua per oltre 3 minuti, sia da attribuirsi alla doppia perforazione timpanica di cui era affetto.

F. FULCI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Dermatosi tropicali infettive in Cirenaica.

Contributo alla conoscenza della patologia libica

per il dott. FR. LEPORINI,
capitano medico di complemento.

La patologia cirenaica, interessantissima, è tuttora pressochè sconosciuta a patologi ed a pratici; di qui l'utilità e l'opportunità grande di discorrerne in brevi cenni clinici.

Della sifilide, della lebbra, del pian o framboesia tropica e di altre infezioni di universale conoscenza o che comunque non appaiono sinora presentare alla nostra osservazione caratteri etnici di peculiare importanza clinica, stimo inutile occuparmi; tuttavia, della *peste* e del *tifo esantematico cirenaici* — costituenti vere entità clinico-epidemiologiche a parte — è mia intenzione debitamente e con maggior lena trattarne altrove ed in tempi men difficili; così pure delle tifoidi e di quell'incerto ed ambiguo gruppo di febbri da virus filtrabile o indeterminato comunemente note colla designazione di *dengue* o che prendon nome dalla durata del ciclo febbrile o dall'intensità dell'elevazione termica; mentre qui per intanto è opportuno ed utile venir solo tratteggiando le dermatiti tropicali infettive ulcerose osservate da noi sin'oggi in Bengasi.

I. — ULCUS TROPICUM.

Quest'affezione, detta altrimenti ulcera di Aden, dello Yemen, dell'Annam o delle gambe, è comunissima in Bengasi ed in tutta la Cirenaica. La diagnosi n'è facilissima, essendo la malattia nota e studiata da tempo; tanto che non dovrei occuparmene se non stimassi utile riferire qualche osservazione di non spregevole interesse pratico.

Comincerò dal constatare doversi ai focolai endemici già noti d'Africa, d'Asia e d'America aggiungere quello della costa e dell'*hinterland* cirenaico. In Bengasi attualmente si assiste ad una vastissima epidemia d'*ulcus delle gambe*, tra gl'indigeni. È questa d'*ulcera tropicale delle gambe*, a mio avviso, la denominazione più esatta e più propria, se dell'*ulcus tropicum* vogliamo davvero fare un' entità nosologico-clinica a parte o, per così dire, autonoma, distinta dall'*ulcera fagedenica protopatica dei paesi caldi* e dal *fagedenismo tropicale generico*. E dirò subito, intanto, che per *ulcus tropicum* dobbiamo intendere un « processo ulcerativo circoscritto della cute delle gambe, a decorso subacuto o cronico, unico o multiplo, di ignota etiologia »; sul quale non sempre (*ulcus infantum Castellani*), sebbene spessissimo o frequentemente, vanno ad indovarsi, specie nell'adulto, il *bacillo fusiforme Le Dantec-Vincent* e la *spirochaete Schaudinni* in simbiosi, aggravandone la fase distruttiva e prolungandone il decorso, od eccezionalmente o più di rado gli incerti agenti del fagedenismo tropicale (*ulcera tropicale fagedenica secondaria delle gambe*), il qual fagedenismo, d'altronde, sebben raramente, può pure presentarsi sotto una peculiar forma d'ulcera fagedenica tropicale *primaria* o *protopatica*, assai più grave, con fisonomia e caratteri clinici proprî e con localizzazione non esclusiva, sebbene principale, alle gambe.

Siffatta concezione — basata su larga esperienza clinica che ognuno può comprovare nell'attuale interessante epidemia bengasina — pur rischiarando la clinica riapre, tuttavia, il problema etiologico dell'*ulcus tropicum*, quantunque non neghi importanza al *bacillo fusiforme* ed alla *spiroschaudinnia Prowazeki*.

Clinicamente, quindi, possiamo distinguere:

a) *ulcera tropicale delle gambe con fagedenismo secondario fuso-spirochetico* e *da agenti indeterminati* (*ulcus infantum — ulcus tropicum*);

b) *ulcera fagedenica protopatica*.

Così, è chiaro, a noi non vien fatto discernere verun carattere clinico differenziale tra l'*ulcus tropicum* e l'*ulcus infantum*. Per vero, osservando l'epidemia bengasina, le differenze cliniche tra le due pretese diverse affezioni sfumano qual vacua nebbia. Il primo e maggior criterio diagnostico differenziale, in effetti, sarebbe, secondo i dualisti, l'età del paziente. Orbene, ciò non è nè assoluto, nè affatto sicuro, derivando da errore d'osservazione clinica. Non è meraviglia: il laboratorio pur troppo suol tendere anche ai suoi più acuti e dotti sacerdoti simili agguati; giacchè la *spiroschaudinnia* (Prowazek) ha un valore secondario, tutt'altro che specifico, nell'etiologia dell'ulcera tropicale delle gambe. Un secondo dato, l'unicità dell'una e la molteplicità dell'altra, si dilegua in chiaro modo in questa epidemia cirenaica; poichè, tanto in adulti come in bambini, manifestansi alle gambe (prevalentemente al 3° inferiore) sino a tre ulcere (di più nè io nè altri abbiam visto) con sintomatologia nell'assoluta maggioranza dei casi, senza differenza d'età, assai benigna e con decorso, se curate, relativamente breve (40-90 giorni in media). Un terzo ed ultimo segno diagnostico differenziale, infine, la tendenza al fagedenismo grave o classico o primario (Leporini) è assai raramente osservabile, pur rimanendo la gran maggioranza dei colpiti in balìa di sè stessi:

cioè: senza conveniente o nessun trattamento terapico; e ad onta della immensa diffusione in Bengasi degli ignoti germi del fagedenismo tropicale generico o secondario ad ulcerazioni, escoriazioni, discontinuità dei tessuti, ecc., fagedenismo, invero, assai benigno e facilmente domabile.

Qui cade acconcio rilevare ch'è notevole il numero degli indigeni vittime d'accidenti infortunistici nei quali la ferita — quand'è alle gambe o al dorso del piede — dopo qualche giorno s'infetta di fagedenismo tropicale assumendo la fisonomia tipica dell'ulcera tropicale delle gambe, tal come la verrò descrivendo, sino a completamente mascherare la primitiva lesione.

Sintomatologia dell'ulcera tropicale delle gambe (ulcus infatum - ulcus tropicum). — Ha per costante sede il 3° inferiore delle gambe, l'angolo e il dorso del piede. S'inizia comunemente, quando non s'innesta su lesioni traumatiche accidentali, con una piccola *maculo-papula* o *papulo-pustola* alquanto dolorosa e pruriginosa, che, col progredire del processo flogistico, si circonda d'un alone infiammatorio rosso-cupo al disotto del quale va subitamente formandosi una zona infiltrata, dura, tesa, dolente alla pressione, che ben presto (da poche ore a due giorni o poco più) viene invasa da un processo suppurativo-ulcerante rapidamente stendentesi dalla papula iniziale alla periferia. A questo punto, o fase acuta o distruttiva dei tessuti, l'ulcera si presenta iperestesica con margini rossi e leggermente salienti e con fondo concavo, rosso-scuro, spesso con qualche piccolo punto emorragico, cosparso di granulazioni e secernente un essudato attaccaticcio (*ulcus infantum*) o un denso liquame purulento, fetidissimo, di color verdastro o grigio-verdastro, per infezioni secondarie (*ulcus tropicum*) e con edema duro delle parti circostanti; le quali si mostrano eritematose, tese e dolenti. A questo stadio segue, quando manca un adeguato trattamento, od il fagedenismo (*ulcera infundibuliforme* o *fagedenica secondaria*); od il periodo *atonico* o cronico dell'affezione, durante il quale la zona circostante all'ulcera diventa *anestesica*, come pure il fondo, che si ricopre di granulazioni torpide e molli, rosa-pallide; i bordi, frattanto, divengono duri, callosi ed irregolari.

Anatomia patologica. — L'anatomo-istopatologia non mostra gran che di speciale. Tuttavia si rileva che gli strati superficiali sono costituiti da una resistente trama *ialino-fabrinosa* a grosse maglie impiglianti detriti cellulari, leucociti degenerati, emazie, focolai d'infiltrazione leucocitaria e di plasmocellule, batterî, fuso-bacilli e spirocheti; più sotto si osserva uno strato granulo-fungoso ed ancora più profondamente un tessuto fibroso compatto pervaso soltanto da spirocheti.

Etiologia. — È, a nostro avviso, oscurissima; tuttavia l'affezione è certamente d'origine infettiva; ed in questa epidemia bengasina appare anche sicuramente ed intensamente diffusibile, al contrario di quanto s'era fin'oggi osservato. Verosimilmente la malattia potrebbe venir trasmessa anche da insetti, ematofagi o non, come dai comuni mezzi di contagio; giacchè è dato facilmente osservare intere famiglie o coinquilini colpiti dal morbo. Questo carattere l'avvicinerebbe all'ulcera fagedenica nosocomiale; opinione, com'è noto, sostenuta, tra gli altri, da Le Dantec e Vincent; e giustamente combattuta da Castellani e Chalmers, verso il parere dei quali ultimi autori siamo inclini anche noi, nonostante venga quest'epidemia bengasina a svalutare l'affermazione loro: « *ulcus tropicum shows very little or no divet contagiousnes* »; poichè a noi sembra avere una propria fisonomia clinica nel suo svolgimento a tappe o fasi; e cioè: 1° un periodo iniziale acuto flogistico-suppurativo con progressiva distruzione dei tessuti; 2° una fase d'arresto e limitazione del processo ulceroso; dalla quale si può insensibilmente, sebben di rado, passare alla fase di riparazione o reintegrazione spontanea; od al 3° periodo, detto *atonico* o *cronico*, nel quale la guarigione segue quasi unicamente ad appropriato trattamento terapico.

Cause predisponenti. — 1° Clima caldo-umido o freddo-umido (in Cirenaica sembra assumere forma epidemica soltanto negli anni di rigido inverno e d'abbondante pioggia); 2° Lesioni e discontinuità della cute. Altre cause predisponenti non sono state da noi constatate; tuttavia tener presente anche la pediculosi potrebb'essere utile, come pure la convivenza con camelli e dromedarî.

Terapia. — Nella maggior parte dei casi basta la cura locale; soltanto nelle forme gravi, antiche o ribelli è necessario ricorrere al salvarsan o neo-salvarsan od al nuclearsitol Robin ad alte dosi (4-6 cmc. *pro die*). Localmente, durante i primi giorni è sana pratica applicare soltanto lavande antisettiche di sublimato o di permanganato potassico, oppure succo di limone o debolissime soluzioni alcooliche di iodio o creosoto. In seguito, i migliori risultati si ottengono coll'uso della pomata al protargolo (5-20 %) e dell'unguento idragirico creosotato (Leporini): Pr. *Ossido rosso di mercurio gr.* 1; *unguento creosotato* (1: 8) *gr.* 20 — l'efficacia cicatrizzante dei quali può, nella fase di riparazione, notevolmente venire accresciuta

coll'aggiunta di balsamo peruviano al 2 % o d'ittiolo al 5-10 %, rimedi cheratoplastici di primissimo ordine.

Sintomatologia dell'ulcera fagedenica protopatica (fagedenismo tropicale primario). — Esordisce con una papula o nodulo pruriginoso che si muta tosto in vescicola a contenuto torbido, ematico, su base dura, tumida, eritematosa. La zona circostante partecipa al processo flogistico; e, sintoma davvero caratteristico, si riscontra sin dall'inizio *anestesica*. La vescicola, dopo alquanti giorni, si rompe e ne esce un pus grigio-sporco, difteroide, attaccaticcio, fetido, nettando il quale si scorge un'ulcera serpiginosa che si estende rapidamente e s'insinua profondamente nei tessuti, necrotizzando aponevrosi, guaine, tendini ed ossa e corrodendo vasi e nervi; onde cicatrici deformanti, anchilosi, contratture permanenti, paralisi, emorragie e piemie mortali. Sede: gamba, piede, natica, dorso.

Terapia. — Causticazioni col termo-cauterio, ecc. (V. LEPORINI: *Terap. Clin. Mal. Esotiche.* Milano, 1916).

Bengasi, 11 gennaio 1918.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Adunanza del 18 giugno 1918.

Presidente BARDUZZI.

Sulle vaccinodermie.

Prof. D. BARDUZZI. — L'O. comprende sotto la denominazione di *vaccinodermie* le eruzioni cutanee numerose e svariate che dipendono in modo diretto o indiretto dalla vaccinazione jenneriana.

Per propria esperienza, anche recentissima, è d'avviso che le *vaccinodermie* o *dermovaccinidi* si debbano distinguere in *evitabili* e *non evitabili*, osservando che numerose sono le prime ed invece rarissime le seconde.

Le *evitabili*, in generale, dipendono da impurità del virus vaccinico, o da tecnica errata, o da negligenza di antisepsi, sia per parte dell'operatore come del vaccinato, sia dei parenti od assistenti di questo.

Le *non evitabili*, invece, dipendono da generalizzazione, assai rara, del virus vaccinico, ovvero da predisposizioni morbose del vaccinato, od anche da stati anafilattici.

L'O. combatte con prove evidenti il pregiudizio popolare del *post hoc, ergo propter hoc*, che la vaccinazione sia la causa di tutte le dermatosi post-vacciniche, e deplora che gli antivaccinisti in malafede propalino questo falso preconcetto fino ad infiltrare nelle popolazioni il pregiudizio che la vaccinazione altera la salute grandemente, provoca tante eruzioni gravi da produrre persino la morte.

L'O. esamina la questione immunitaria della vaccinazione, che devesi ritenere di azione specifica derivante dal germe stesso attenuato del vaiolo-vaccino e ne illustra il meccanismo.

Sulle infezioni tifose e paratifose.

Dott. MARGINESU. — L'O., quale direttore del Laboratorio bacteriologico militare di Avio in Val Lagarina, ha eseguito, dall'agosto 1916 al dicembre 1917, 617 prelevamenti di sangue in militari, per forme gastroenteriche, praticando per ciascuno la siero-agglutinazione e l'emo-cultura in terreno Kayser-Conradi. In 271 casi ottenne resultato positivo di cui 182 anche con l'emocultura.

L'O. dallo studio, anche clinico, di questi casi ha potuto convincersi che la siero-agglutinazione interpretata con giusto criterio offre un utile elemento diagnostico anche nei vaccinati. Certo è più sicura l'emo-coltura, ma la tifoemia osservasi abitualmente solo nel primo settenario, sebbene l'O. l'abbia riscontrata in due casi nel periodo apiretico oltre il ventesimo giorno di malattia.

L'O. nota che dei casi positivi 118 erano da bacillo di Eberth; 92 da bac. paratifoso B; 51 da bac. paratifo A; 10 da bac. di Eberth, paratifo B od A. Da queste cifre risulta che le infezioni paratifose sono più diffuse delle tifose.

Il paratifo comparve più tardi, in seguito alla venuta di un reggimento che proveniva dalla zona Carsica.

L'O., riguardo all'efficacia delle vaccinazioni, è di parere che costituiscano, secondo la sua esperienza, una misura profilattica di grandissima importanza, e che lo stato immunitario dopo un anno si vada attenuando. Ha pure verificato che la malattia nei vaccinati decorse più brevemente e benignamente con una mortalità del 2.59 %, di fronte a quella dell'8.29 % nei non vaccinati.

L'O. conchiude che la conferma evidente dell'efficacia delle vaccinazioni antitifose è manifesta, e che dovrebbero essere estese anche contro l'infezione paratifosa A, e praticate ogni 8 o 10 mesi con vaccino che non abbia oltrepassato il periodo di validità e che si facciano tre iniezioni non troppo distanti l'una dall'altra.

Stenosi sopracecale da condizioni anatomiche anormali dell'appendice.

Prof. F. NASSETTI. — L'O. illustra un caso clinico che, oltre ad essere raro dal lato anatomo-patologico, ha speciale importanza sotto l'aspetto patogenetico e clinico.

Si tratta di una donna di 40 anni, la quale ha sofferto dalla giovinezza di stitichezza molesta che da otto anni è divenuta più tenace, alternata a diarrea mucosa. In pari tempo le sono comparsi dei dolori addominali, specie nella fossa iliaca destra, con tumefazione e dolorabilità della regione. Non febbre. Diagnosticata una stenosi sopracecale da probabile membrana di Jackson, viene operata. Si riscontra una lunga appendice avvolgentesi attorno al cieco a decorso prima laterale interno, poi retrocecale e quindi prececale. L'adesione di questa

appendice, lunga, alla parete cecale era naturale, ed era ricoperta da una sottile membrana. L'ansa formata da essa aveva prodotto una stenosi assai spiccata fra cieco e colon ascendente. La sua estremità si continuava con un fascio fibroso, che trasformatosi in una lamina, sperdevasi nella plica ileo-cecale.

L'operazione presentò qualche difficoltà, essendosi dovuto isolare l'appendice per via retrograda.

L'O. discute sull'origine flogistica e congenita di questa speciale disposizione dell'appendice, e propende per la seconda ipotesi, ammettendo che il cieco nel discendere nella fossa iliaca, durante la vita fetale, siasi impegnato entro l'ansa appendicolare.

Interpreta il fascio fibroso terminale e la membrana rivestente l'appendice, quale residuo di una *piega mesenterico-parietale,* che avrebbe rivestito il cieco nella sua discesa.

L'O. rispetto alla diagnosi osserva che la sintomatologia rassomigliava quella propria della membrana del Jackson.

L'O. ha illustrato il caso con disegni e microfotografie dell'appendice estirpata, che misura 21 centimetri.

Nuovo olfattometro.

Dott. LUIGI BELLUCCI. — L'O. presenta un nuovo olfattometro che ritiene atto a ricerche di laboratorio, come di uso pratico. È costituito: 1° da una vasca metallica ripiena d'acqua, del diametro di 30 cm., provvista d'un agitatore e d'un termometro, sospesa sopra un treppiede metallico per il riscaldamento a mezzo di una lampada a gas regolabile; 2° da una seconda vaschetta in vetro che è la vaschetta olfattometrica.

Questa è formata da due segmenti: uno inferiore, più largo, destinato a contenere la soluzione odorosa e che pesca completamente nell'acqua della vasca esterna funzionante da termostato, sollevato dal fondo di questo a mezzo di un treppiede; l'altro, superiore, o camera olfattometrica, più stretto del primo e della larghezza esatta di 10 cm. Il liquido deve giungere fino a questo segmento.

È chiusa ermeticamente da un tappo (possibilmente anch'esso di vetro o di metallo smaltato) portante tre fori, uno grande centrale e due più piccoli laterali.

I due fori laterali portano due tubi in vetro comunicanti l'uno con un comune insufflatore a doppia palla, l'altro con un manometro.

Il foro centrale è della larghezza di due cm., e viene ridotto a volontà nelle sue dimensioni, o anche chiuso completamente, a mezzo di una listerella (scala olfattometrica) provvista di una serie di 10 fori circolari di calibro progressivamente crescente da 1 a 10 millimetri di diametro.

Questa listerella scorre entro una doccia che porta nella parte superiore un imbutino terminante in un tubo di vetro foggiato al suo estremo distale ad oliva, in modo da poter essere introdotta nella narice del soggetto da esaminare.

Il foro del coperchio, quelli della listerella e quello della parete superiore della doccia, costituente la base dell'imbutino, si devono trovare col loro centro sopra uno stesso asse. La listerella scorre nella doccia a perfetta tenuta d'aria.

Tra la vaschetta olfattometrica e l'insufflatore è interposta una bottiglia di Woolf ripiena d'acqua e dove gorgoglia l'aria proveniente dall'insufflatore prima di giungere alla vaschetta olfattometrica; ciò perchè venga a perdere le tracce di odore della gomma dell'insufflatore.

Il procedimento olfattometrico è facile: introdotta nella vaschetta una soluzione esattamente titolata di un dato profumo, si applica all'oliva la narice, si fa quindi passare una corrente d'aria nella camera olfattometrica, alla pressione voluta, leggibile sul manometro annesso, ed alla temperatura voluta regolabile col termostato e leggibile nel termometro annesso a questo, tenendola costante. Si aprono allora i varî fori della scala olfattometrica progredendo dallo 0 al 10, fino a raggiungere il foro che dà all'esaminando la percezione netta dell'odore contenuto nella vaschetta.

Questo foro dà, con la lettura del suo numero, *in centesimi,* la sensibilità olfattiva della narice in esame; poichè le aperture della scala sono in serie progressiva da 1 a 10 millimetri di diametro e la superficie del liquido è di 10 cm.

Oltre la listerella coi fori da 1 a 10 millimetri, ve ne sono altre con serie superiore e inferiore alla prima, ma sempre misurate in millimetri e frazioni di millimetro.

M.

Accademia di Scienze mediche e naturali di Ferrara.

(Adunanza del 23 luglio 1918).

Un ulteriore perfezionamento nella tecnica della fissazione e colorazione dei sedimenti urinari nei preparati microscopici a secco.

C. MINERBI. — Modificando il processo pubblicato tre anni or sono in collaborazione col dottor W. Vecchiati, ecco la tecnica alla quale ora l'O. si attiene.

Quando la centrifugazione dell'urina è completa, si versa dalla provetta tutto il liquido, sgocciolandola però *incompletamente* in modo che resti entro il tubetto *una* goccia — non più — di urina. Indi al sedimento si aggiunge, per mezzo di una ansa di platino montata su una lunga bacchet[illegible] di vetro, una gocciola di albume fresco d'[illegible]vo, che s'instilla, immergendo l'ansa direttam[illegible]e nel sedimento ed agitandola con cautela p[illegible] entro il medesimo.

Si preferirà poi il più possibile [illegible]otare in giro la provetta, anzichè scuoterla, [illegible]er non provocare la formazione di bolle d'aria. Allora chinando l'imboccatura della provetta, da un vetrino copri-oggetto, si fa cadere sopra questo, tirandola giù per mezzo dell'ansa di platino, una gocciolina del volume di un chicco di frumento o poco più, la quale, mediante l'ansa stessa, viene distesa c[illegible]utamente su tutta la superficie del vetrino. Allo st[illegible]sso modo si preparano altri due vetrini. Prima di tirar giù la gocciola di sedimento si brucia l'ansa, pel caso che troppo albume indisciolto vi fosse rimasto aderente.

I tre vetrini si dispongono uno accanto all'altro in una vaschetta di porcellana e si colorano col processo di Mars-Grünwald. Anzichè all'albume d'uovo si può anche ricorrere ad una tenue soluzione di somatose od altro preparato equipollente.

Sclerosi a placche associata a sindrome di Fröhlich.

BERNARDI. — Caso tipico e grave di sclerosi a placche (presentata dal socio Luzzatto), in cui mentre la malattia era già caratteristica insorsero i segni di una sindrome di Fröhlich (adiposità, impotenza). Essendovi emianopsia eteronima ed atrofia delle metà temporali dei dischi ottici, si pensa ad una placca di sclerosi, che abbia leso contemporaneamente il chiasma dei nervi ottici e l'ipofisi.

Contributo all'istologia dei gliomi della retina.

MONANNI. — L'esame istologico in un caso di glioma della retina (presentata dal socio Luzzatto), eseguito anche coi metodi per la dimostrazione della nevroglia (Lhermitte) e col metodo Golgi, dimostra trattarsi di un vero glioma associato ad un neuroepitelioma del tipo Flexner-Wintersteiner.

Coi metodi più recenti per la differenziazione istologica dei grassi furono pure dimostrate le degenerazioni che si dimostrano nel tumore.

Glioma interventricolare ed ependimite gliomatosa.

A. M. LUZZATTO. — Caso di tumore del ventricolo laterale del cervello, che aveva dato luogo ad idrocefalo interno e che si accompagnava ad ispessimento diffuso dell'ependima. L'osservazione presenta notevole interesse istologico per la derivazione evidente delle cellule neoplastiche dell'epitelio ependimale attraverso ad uno stadio di cellule indifferenti, per la diffusione del processo gliomatoso a buona parte dell'ependima con fatti di errato sviluppo anche nel 4° ventricolo e lungo il canale centrale del midollo, per la presenza di molte cellule mostruose di neuroglia.

Un segno fisico nuovo nella facies di individui con infezione tubercolare latente. Osservazioni sull'attendibilità delle reazioni tubercoliniche.

C. MINERBI. — L'O. ha potuto riconoscere che il coincidere di certi caratteri dei denti incisivi inferiori permanenti è in rapporto con una infezione tubercolare (latente o no) riconoscibile sia all'esame fisico, sia alle reazioni biologiche specifiche.

I caratteri in discorso sono i seguenti: i denti incisivi superiori permanenti sono lunghi, stretti ed impiantati in direzione dall'alto e dall'innanzi verso il basso e l'indietro, cioè in senso opposto alla direzione loro normale. Perchè a tal segno si possa dar valore occorre però che codesto vizio d'impianto non sia cagionato da anomalie di sviluppo della mandibola inferiore (prognatismo inferiore) o dei denti di questa (prognatismo alveolodentario inferiore), le quali alterino i normali rapporti nell'articolazione delle due mascelle tra loro. Allorchè tale condizione sia soddisfatta, si può concedere al segno in discorso, quale indizio di infezione tubercolare (latente o no), pieno affidamento.

L'O. ha potuto riconoscere l'attendibilità di questo segno basandosi sui risultati sia dell'esame fisico, sia delle reazioni tubercoliniche ordinarie. A questo proposito l'O. deplora che il modo che si suol tenere nel constatare la reazione cutanea alla tubercolina tolga completamente a questa il grande valore che merita. Infatti, su individui non selezionati, mentre per l'oftalmoreazione Calmette calcola al 18 per cento la frequenza dei risultati positivi, qualcuno attribuisce alla cutireazione la percentuale del 93 % di risultati positivi, ciò che destituirebbe tale processo d'indagine di qualsivoglia significato utilizzabile per la diagnosi. L'O. combatte questa conclusione basata sopra un errore grave di giudizio. Si suole applicare sulle scarificazioni appena praticate una soluzione concentrata di tubercolina e constatare i risultati della prova il giorno appresso. Ora, un materiale tossico, contenente per di più acido fenico in proporzione relativamente forte, può benissimo determinare una irritazione locale, sia congestiva, sia flogogena, indipendentemente da qualsivoglia reazione biologica *specifica*. Fortunatamente la cutireazione tubercolinica vera la si ottiene anche con soluzione di tubercolina all'1 per cento, mentre è spesso tardiva presentandosi talora persino dopo una settimana, è solitamente assai duratura e riconoscibile spesso persino dopo 4-6 settimane. Occorre dunque verificare il risultato della inoculazione soltanto dopo 5 o 10 giorni, basando la constatazione anche sul controllo di scarificazioni «testimoni» praticate lo stesso giorno delle altre e non trattate colla tubercolina. Mercè questo contegno la cutireazione dà risultati completamente degni di affidamento. Si riconoscerà allora che cutireazione ed oftalmoreazione dànno risultati *completamente coincidenti*.

È probabile che il vizio di conformazione e di impianto dei denti incisivi or ora descritto sia dipendente da alterazioni portate nella evoluzione dei denti medesimi dall'infezione tubercolare al periodo dell'eruzione dei denti incisivi permanenti (dai 6 agli 8 anni) allo stesso modo che l'infezione sifilitica infantile cagiona negli stessi organi alterazioni di altro aspetto (denti di Hutchinson).

Milza emolitica arteriosclerotica con sindrome di anemia grave.

M. MONTAGNANI. — Sindrome dapprima scorbutica, poi di anemia neoplastica. All'autopsia milza piccola, con atrofia della polpa e dei follicoli, ipertrofia delle trabecole e delle arterie penicillari che presentavano gravi lesioni a tipo ateromatoso, grave emolisi prevalentemente sottocapsulare associata a depositi di lipoidi. Scarsa reazione midollare.

L'O. attribuisce l'anemia all'emolisi splenica e quest'ultima ai lipoidi sottocapsulari, formatisi per alterato ricambio del parenchima in seguito alla lesione arteriosa.

Un caso di corea grave trattato colle iniezioni endomuscolari di solfato di magnesia.

R. CAVALIERI. — L'O. ha riscontrato la notevole efficacia calmante e l'innocuità di piccole dosi di solfato di magnesia nella corea grave per via endomuscolare. Esse tolgono il sintomo più grave di certe coree, e cioè l'insonnia, e con ciò favoriscono la guarigione.

Dott. GIOVANNI PISTOCCHI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Un caso di oftalmoplegia totale bilaterale.

La oftalmoplegia totale bilaterale, specie nell'età avanzata, è molto rara e offre dal punto di vista della diagnosi differenziale molte difficoltà. A. Wiener (*Medical Record*, 27 aprile 1918) ne ha osservato un caso in un vecchio di 67 anni. Questo individuo era affetto da arteriosclerosi e da nefrite cronica quando fu inviato all'ospedale perchè colpito da influenza. Presentava paralisi dei movimenti di tutti e due gli occhi. Le palpebre ed i bulbi erano completamente immobili. Le pupille erano midiatriche e non reagivano alla luce ed all'accomodazione. La ptosi era più marcata a destra. All'esame oftalmoscopico si rilevò sclerosi del cristallino ad ambo i lati, alterazioni arteriosclerotiche nel fondo. Non c'era paralisi di altri nervi cranici. Esisteva ipertensione=170 Hg. ed accertazione del secondo tono aortico. Si potette escludere sifilide ed alcoolismo.

Si trattava adunque di un individuo arteriosclerotico e nefritico che in seguito ad un attacco di influenza ebbe improvvisamente oftalmoplegia totale bilaterale.

È ben noto che le tossine influenzali possono determinare disturbi funzionali o alterazioni organiche nei nuclei motorî del terzo e quarto ventricolo. Nel caso in quistione non ci sono elementi per poter decidere se la paralisi dei muscoli oculari sia dovuta ad una intossicazione funzionale o ad una degenerazione-infiammatoria dei nuclei o dei nervi. Un altro effetto caratteristico dell'influenza e di altre infezioni, benchè raramente, è la trombosi di alcuni tronchi vascolari, la cui patogenesi è molto varia: alcuni autori parlano di arterite influenzale, altri di embolia. Questa, per esempio, si può verificare quando esiste arteriosclerosi e contemporaneamente endocardite acuta o cronica.

Nel caso attuale il fatto che l'oftalmoplegia si manifestò improvvisamente depone per una lesione vascolare, non sembrando possibile che un processo infiammatorio o degenerativo acuto abbia prodotta una paralisi così diffusa. Per altro se si fosse trattato di un processo poliencefalitico si sarebbe avuta una paralisi più irregolare. Nè sembra plausibile che la paralisi sia dovuta ad agenti tossici circolanti nel sangue, i quali abbiano abolita la funzione dei nuclei oculo-motorî senza determinare alterazioni organiche apprezzabili.

Ad ogni modo la oftalmoplegia anche se, come sembra per il caso descritto, è dovuta ad occlusione vascolare, ha in genere una buona prognosi, in quanto che presto o tardi si ristabilisce la circolazione collaterale. DR.

I disturbi oculari nella spirochetosi ittero-emorragica.

I casi gravi di spirochetosi ittero-emorragica si accompagnano spesso con disturbi oculari, che Moret riassume in un suo lavoro (*Arch. méd. belges*, n. 12, dicembre 1917). Egli distingue due periodi dell'infezione: un periodo acuto o congestivo, ed un periodo di declino o d'anemia.

Al periodo acuto corrispondono: *a*) disturbi vasomotorî delle membrane esterne e spesso interne dell'occhio, quali l'iperemia congiuntivale, accompagnata spesso con congestione del tratto uveale e delle membrane profonde; queste turbe dipenderebbero da alterata funzione vasomotrice surrenale; *b*) emorragie delle membrane oculari esterne e spesso delle profonde; *c*) localizzazione della spirochete sull'iride e conseguente irite.

Durante il periodo d'anemia si riscontrano i sintomi subbiettivi delle anemie profonde (astenopia, mosche volanti), mentre l'esame oftalmoscopico rivela anemia retinica ed in alcuni casi neuro-retinite, che ricorda quella descritta in altre forme d'anemia essenziale o sintomatica. G. SABATINI.

TERAPIA.

Il trattamento dei portatori di bacilli della difterite.

Una delle cause cui si attribuisce la diffusione della difterite, la cui morbilità anche dopo la introduzione della sieroterapia è sempre elevata malgrado siasi abbassata la mortalità, è da ricercarsi nella esistenza di numerosi portatori di bacilli di Löffler, sia convalescenti che sani, essendo dimostrato che il bacillo stesso non scompare subito dopo la guarigione clinica, ma persiste nel faringe per un periodo variabile. In base a numerose osservazioni e statistiche da lui riportate, Cannata (*La Pediatria*, luglio 1918) rileva che il maggior numero di portatori di bacilli si ha nei convalescenti e nelle persone che assistono i difterici, negli allievi che frequentano scuole infette da difterite, mentre il numero dei portatori in coloro che non hanno mai avuto contatto con difterici è minimo.

Il metodo più sicuro di trattamento dei portatori di bacilli di Löffler sarebbe quello di isolarli fino a quando l'esame batteriologico del

muco rino-faringeo risulti negativo. Ma ciò non è praticamente possibile, e potrebbe tutt'al più essere attuato per i convalescenti e per le famiglie dei difterici. Bordoni-Uffreduzzi propone l'isolamento degli alunni portatori, sia nelle aule che fuori, e l'applicazione da parte dei medici delle scuole di tutti quei mezzi che sono ritenuti migliori per ottenere la scomparsa dalla bocca dei bacilli difterici.

I mezzi sperimentati per eliminare i bacilli difterici dal cavo rino-faringeo dei portatori sono numerosi. Lustig consiglia durante la convalescenza, almeno per 15-20 giorni dopo la scomparsa dell'essudato, di trattare il faringe con tamponi inzuppati di acido salicilico all'1 ‰ o con soluzione acquosa di sozoiodolo all'1 ‰ e polverizzazioni con soluzione di acido salicilico all'1 ‰.

Per l'antisepsi del naso consiglia insufflazioni due volte al giorno di piccole quantità di una polvere composta di sozoiodolo e zucchero finemente polverato all'uno per trenta.

Schötz osservò che bambini affetti da angina stafilococcica ammessi per errore nei reparti difterici non contraevano la difterite, e che attacchi intercorrenti di angina stafilococcica in convalescenti di difterite determinavano la scomparsa del bacillo di Löffler dal faringe. In base a questa osservazione cosparse sul faringe di alcuni portatori patine culturali di stafilococco aureo e constatò rapida scomparsa del bacillo difterico. Ciò deporrebbe per un antagonismo nel quale il bacillo di Löffler avrebbe lo svantaggio.

Si è anche tentato di trattare i portatori con iniezioni di siero, ma queste, malgrado aumentino considerevolmente il potere antitossico del sangue non riescono ad eliminare i bacilli dal rino-faringe. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1002) *Per la disinfezione delle stanze dove hanno soggiornato tubercolosi.* — All'abbonato n. 9715:

Conviene procedere nel seguente modo:

a) disinfezione dei pavimenti con sublimato 5 ‰, soluzione che potrà essere adoperata anche per i mobili non metallici;

b) disinfezione delle pareti con sublimato allo stesso titolo o con calce;

c) immersione della biancheria, comprese le fodere dei cuscini e dei materassi, in lisciva bollente al 2 % di soda;

d) sciorinamento della lana dei cuscini e dei materassi all'aria ed al sole per qualche giorno;

e) per i mobili e gli oggetti metallici lavaggio con soluzione fenica al 5 %.

g. s.

(1003) *Nell'albuminuria ortostatica.* — All'abbonato n. 8813:

Il siero antinefritico non ha indicazioni per l'albuminuria ortostatica: esso, secondo le indicazioni di Teissier, che ha introdotto in terapia il siero delle vene emulgenti, dovrebbe essere usato nelle acute o croniche intossicazioni da insufficienza funzionale del rene, quindi nelle sindromi uremiche, sia nelle nefriti acute, sia negli episodi acuti delle nefriti croniche. Avrebbe, secondo l'A., un valore disintossicante, ma non è affatto attivo sul processo patologico che si svolge a carico del rene. In generale nelle albuminurie ortostatiche, oltre che usare tutti i mezzi, utili come profilassi per evitare possibili affezioni renali, molto vale il riposo. Non esistono cure specifiche.

t. p.

(1004) *Nelle broncopolmoniti.* — All'abbonato n. 9732:

Nessun danno può produrre nei broncopolmonitici, anche con polso intermittente, l'iniezione di siero antidifterico, anche in dosi molto forti, associato all'olio canforato. Circa alla sua azione, si può esser certi che non entra in gioco il contenuto antitossico specifico (antitossina difterica). Quanto all'efficacia del siero di cavallo in sè, il problema non è risoluto. Una larga esperienza, con dosi di siero di cavallo molto elevate per tutte le vie, dalla sottocutanea all'endovenosa, in molte malattie da infezione, e specialmente nelle polmoniti, mi ha dimostrato che talora si hanno benefici effetti abbastanza netti, ma che nella maggior parte dei casi il processo morboso segue il suo corso indipendentemente dalla introduzione del

siero eterogeneo. Coloro i quali sostengono l'utilità del siero di cavallo nelle infezioni, ritengono che esso agisca per il suo contenuto in albumina eterogenea, che forse ha nuclei fondamentali simili a quelli dei batteri patogeni, e che agirebbero come sostanze vaccinanti: ma si è solo nel campo delle ipotesi.

Il vaccino antipneumococcico non è dannoso, ma la sua utilità è molto contrastata e difficilmente controllabile, data la relativamente breve durata della malattia e il lungo tempo necessario perchè l'azione del vaccino si manifesti.

t. p.

(1005) *Cancro ed eredità.* — Al dott. F. D. L.: Dal materiale statistico fin qui esistente non può dedursi alcuna risposta concludente: prevale però l'opinione che, almeno nella razza umana, l'influenza dell'eredità è probabilmente trascurabile. Nessun inconveniente dovrebbe quindi vedersi nel matrimonio tra figli di cancerosi. Si sostiene anzi da taluno che la razza umana non può acquistare l'immunità per il cancro, appunto perchè questo si sviluppa in età abbastanza avanzata, in modo che il canceroso non può avere della prole a cui trasmettere i principî che lo possono rendere immune. Ed è stato anche consigliato il matrimonio tra figli di cancerosi, appunto in vista di una difesa sociale contro il cancro.

FIL.

(1006) *Sciroppo di Delebarre.* — Al dott. N. B.: La formola dello sciroppo (non unguento) di Delabarre è la seguente: zafferano gr. 3; tamarindo gr. 30; miele gr. 200; acqua gr. 200. Serve per frizioni sulle gengive.

FIL.

(1007) *Cura dei porri.* — Al dott. O. M.: Sembra che l'arsenico per via interna, a dosi crescenti, riesca spesso a far scomparire le verruche, specialmente le verruche piane o giovanili. Come cura locale: elettrolisi, radium, asportazione col cucchiaio tagliente e successiva causticazione del fondo con acido fenico puro, acido acetico, ecc. Nel caso di verruche assai corneificate è bene far precedere all'asportazione chirurgica un trattamento cheratolitico (cerotto all'acido salicilico). Talvolta, asportando la verruca più grande di ogni gruppo (così detta verruca madre) si osserva la scomparsa delle restanti.

V. M.

I quesiti pel « Doctor Justitia » e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

VARIA.

L'organizzazione della lotta antitubercolare nell'esercito italiano.

Su questo argomento il dott. A. M. Caccini, maggiore medico degli Stati Uniti, pubblica in *Medical Record* (vol. 93, n. 13) un lungo studio corredato da diverse fotografie e da notizie statistiche.

Dalla lettura ne risulta un'impressione assai favorevole su tale organizzazione, che appare ideata con larghezza di vedute ed unità d'intenti, e portata a compimento con fine senso pratico.

Le autorità militari italiane, non appena ebbero compreso la gravità del problema della tubercolosi ne' suoi rapporti con la guerra, intervennero insistendo soprattutto sopra un maggior rigore nelle visite mediche per l'accettazione delle reclute, rigore che, naturalmente, doveva spostarsi dalla visita medica necessariamente affrettata nei Consigli di leva (in cui è possibile solo una larga cernita) a speciali riparti d'accertamento diagnostico, che vennero appunto fondati per tale scopo. Essi vengono poi integrati con l'istituzione di centri sanatoriali: degli uni e degli altri i nostri lettori hanno già avuto antecedentemente notizia.

Il *Centro diagnostico*, una valida premessa nella poderosa proposta, è il primo anello della catena; esso è in realtà un ospedale d'osservazione sotto la direzione di un corpo di specialisti per la diagnosi di tubercolosi ed è fornito di tutto quanto di più moderno si esige per tale scopo.

Gl'individui sospetti vi sono trattenuti per il tempo necessario ed escono per essere riformati, inviati al sanatorio, oppure con una licenza per malattia, o riconosciuti abili.

Quando i pazienti vengono riformati, ne viene dato l'avviso ai prefetti delle rispettive provincie. È questa una disposizione di altissima importanza, in quanto che vengono riconosciuti e denunciati individui, che forse prima non erano sospettati di tubercolosi e costituivano quindi un pericolo ignorato. Il servizio militare agisce così da grande livellatore sociale e nel tempo stesso fornisce preziose notizie statistiche, e dà ai poteri civili gli elementi per la lotta antitubercolare; implicitamente poi, nella sua sfera d'azione, mette in atto la tanto combattuta denuncia della tubercolosi.

Per meglio illustrare la funzione dei centri diagnostici, l'A. descrive ampiamente quello di Roma « diretto dal dott. N. Sforza, una delle menti migliori e più illuminate della capitale ». Annesso all'ospedale Umberto I (che è

destinato unicamente ai tubercolosi), esso si trova isolato in spaziosi giardini ed è fornito, oltre a locali per l'elioterapia, di laboratorio batteriologico e radiologico: di quest'ultimo anzi viene riprodotta una fotografia in cui campeggia il prof. P. Alessandrini.

Il tempo richiesto per una diagnosi accurata è, in media, di dieci giorni: si fanno le osservazioni cliniche generali (temperatura, disturbi funzionali, ecc.), l'esame fisico dell'apparato respiratorio, l'esame laringoscopico, radiologico e batteriologico, e la cutireazione alla tubercolina; viene tenuto con grande cura l'archivio radiografico, importante specialmente per il grande valore documentario.

L'A. discute poi sul diverso valore dei mezzi d'indagine per una diagnosi precoce di tubercolosi. Scarsamente utilizzabile è l'esame batteriologico, che, se positivo, indica uno stadio già relativamente avanzato; poca fiducia si deve altresì riporre nell'osservazione termometrica; le radiografie sono di grande aiuto in molti casi iniziali; non si deve però ritenere di poter sempre mediante esse risolvere il problema diagnostico. Una notevole scoperta è risultata dalle osservazioni di questi centri diagnostici, ed è la grande importanza dell'esame laringoscopico, che può rivelare l'esistenza di un processo iniziale ancora latente nel resto dell'organismo.

Per dare un'idea del lavoro fatto da questi centri diagnostici, l'A. riporta i dati statistici di sei mesi per quello del terzo corpo d'armata. Su 1327 esaminati, 167 risultarono sani, 676 affetti da malattie diverse, 484 affetti da tubercolosi, di cui 204 con esame negativo dello sputo.

Fra le forme tubercolari 9.9 % erano al 3° stadio, 2.6 % con tubercolosi florida e 68.7 % con infiltrazioni iniziali agli apici. Di grande aiuto sono stati i dati anamnestici.

Risulta in complesso dalle osservazioni di questo periodo di guerra che la tubercolosi dell'adulto deve generalmente considerarsi come il risveglio di un'antica lesione o di un'infezione latente.

Per conseguenza la tubercolosi che si osserva nei soldati arruolati deve considerarsi come proveniente dalla guerra, sia per le fatiche, o per l'esposizione alle intemperie, ai gas tossici, ecc.

Così ha inteso lo Stato italiano la sua alta missione, provvedendo saggiamente a trattare con generosità questi uomini sfortunati, che sono stati colpiti dall'ombra della malattia in luogo di cadere con l'armi in pugno sul campo di battaglia.

FIL.

(22)

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

L. MARTINOTTI. *La sierodiagnosi della sifilide - Tecnica - Valore semeiologico.* — Bologna, Licinio Cappelli, editore, 1918.

Notevole monografia che viene in buon punto a colmare un vuoto nella nostra letteratura medica in cui mancava un'opera la quale, riassumendo e coordinando tutto ciò che si era fin qui scritto sulla reazione del Wassermann, ne esaminasse con rigorosa obbiettività l'esatto valore e ne studiasse la tecnica nei suoi più minuti dettagli e nelle modificazioni proposte.

L'A., come fa rilevare il prof. D. Majocchi, il quale ha voluto far precedere da una lusinghiera prefazione il lavoro, facendo tesoro del ricco materiale clinico esistente nell'Istituto dermosifilopatico di Bologna e delle numerose siero-diagnosi occorrenti per le malate della sala celtica e per gli ambulanti del dispensario celtico governativo annesso alla Clinica, è riuscito a raccogliere una quantità di fatti che, se da una parte apportano migliorie nella tecnica del metodo classico, fanno meglio risaltare la bontà e preminenza del metodo stesso.

Il Martinotti infatti, avendo sperimentate le varie modificazioni proposte alla siero-diagnosi, pubblica ora i risultati delle sue proprie ricerche e rende noto il metodo che gli è apparso preferibile e che corrisponde in massima a quello originale del Wassermann, con alcune varianti atte a riunire la massima esattezza alla massima semplicità.

Così pure sono esposti i dati essenziali che occorre conoscere per procedere ad un'esatta tecnica e ad una esatta valutazione dei risultati che possono ottenersi dalla siero-diagnosi, senza che siano trascurati i perfezionamenti e le modificazioni proposti dai diversi autori.

Trattasi adunque di un lavoro organico in cui la diligente raccolta e la lucida esposizione di fatti già noti vengono integrate con il notevole contributo di una grande esperienza personale dell'A., i risultati della quale meritano di essere conosciuti da quanti si dedicano di proposito a questi studi.

Accrescono pregio all'opera, oltre la prefazione del prof. Majocchi, una copiosa bibliografia disposta per materie ed una nitida veste tipografica. M.

Pubblicheremo prossimamente:

T. PONTANO: *La dissenteria amebica e le sue complicanze; la cura.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'avvenire dell'esercizio delle levatrici.

Su tale questione, di cui già ci siamo occupati, il prof. Mangiagalli ha indetto un *referendum* negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia*: vi hanno risposto insigni cultori della specialità (Alfieri, Calderini, Costa, Ferroni, Guicciardi, La Torre, Truzzi, Vicarelli) con proposte e critiche che coincidono nelle linee fondamentali con quelle esposte dal prof. La Torre e da noi prospettate negli articoli precedenti.

I tre punti fondamentali del *referendum* sono i seguenti:

1. Le levatrici devono sussistere, evolversi, divenire infermiere specializzate. Converrà eliminare gradatamente quelle che non presentano garanzie di preparazione e di moralità e far posto ad elementi superiori, capaci di disimpegnare l'alto e benemerito ufficio a cui sono chiamate. La riduzione di numero delle levatrici, conseguenza di tale trasformazione, non sarebbe dannosa, in quanto che tenderebbe anche ad aumentare il numero delle medichesse, che possono assumere le mansioni più difficili delle levatrici, e quello delle Maternità, che alle partorienti offrono asilo e garanzie.

2. Le levatrici dovrebbero offrire maggiore affidamento di capacità tecnica, intellettuale e morale. Il risultato potrà essere raggiunto mercè un reclutamento più avveduto, sottoponendo le candidate ad una prova di ammissione, facendo compiere alle allieve un corso organico di studî della durata di un biennio almeno, nel quale abbia molta parte l'insegnamento pratico, e rinnovando infine la coltura delle levatrici, con brevi corsi, seguiti da esami.

3. Necessità di limitare le funzioni delle levatrici all'assistenza dei parti fisiologici. Per la dignità della professione medica e nell'interesse della società non si può concedere loro alcuna facoltà di operare sul feto in utero o di prescrivere rimedî.

Per quanto riguarda il primo punto, l'accordo è quasi unanime. È ovvia di fatto la necessità che la levatrice sussista, non potendo, p. e., il medico rimanere immobilizzato per giornate intere ed intere notti a sorvegliare l'espletamento dei parti normali, che sono appunto.... la norma. D'altra parte certe cure speciali alla donna ed al neonato esigono la presenza di una donna, che non potrebbe essere che una infermiera specializzata, il che significa in fondo levatrice, oppure un'empirica, cadendo così dalla padella nella brace. Che dire poi dell'assistenza ostetrica nelle campagne se non vi fosse la levatrice, che solleva il medico dall'assistenza ai parti normali, ed è spesso l'unica persona che lo possa coadiuvare nelle cure e nelle operazioni del caso?

È certo però che la levatrice va migliorata sotto tutti i rapporti. Vaghe e indecise sono le esigenze richieste per quanto concerne la moralità; gli attestati di buona condotta hanno spesso il valore di .... alcuni certificati medici, nè d'altra parte si ha il coraggio di esigere che le aspiranti provengano da buone famiglie e da strati non molto bassi della società, ciò che in fondo sarebbe l'unica garanzia di una probabile moralità.

Varie sono invece le richieste per il grado d'istruzione delle aspiranti, dalla conservazione dell'attuale requisito (licenza elementare) al titolo del corso tecnico o complementare; altri invece ritiene che con un certo periodo di prova, nel corso speciale, si potrebbero eliminare le inette. Non ci sembra però che quest'ultimo provvedimento possa bastare: è necessario invece, secondo noi, che l'aspirante si presenti con un certo grado di maturità d'intelligenza e di coltura generale, senza i quali l'insegnamento speciale sarebbe un seme che cade in terra sterile.

È da tutti ammessa la necessità di migliorare l'insegnamento; taluni però trovano sufficiente il biennio attuale. Essenziale è un buon periodo di pratica in grandi Maternità, moltiplicando anche i posti di assistentato. Importante è, secondo noi, la proposta di Alfieri e Vicarelli, di un buon corso preparatorio, con insegnamenti di anatomia, fisiologia, igiene.

Per quanto riguarda il rinnovamento periodico della coltura, si riconosce in generale il bisogno che ogni cinque anni circa le levatrici dovrebbero seguire dei corsi, e fare un periodo di pratica, eventualmente subendo i relativi esami. Proposte evidentemente belle in teoria, ma non sappiamo se e quanto attuabili in pratica. Anzitutto a quali levatrici si debbono estendere questi obblighi? Evidentemente non solo a quelle dipendenti da municipî o da altri enti, ma anche alle libere esercenti; e se per le prime si può esigere che per il periodo di istruzione non venga fatta alcuna ritenuta di stipendio, si dovrà ammettere per le altre un congruo indennizzo per il lucro cessante. E riguar-

do all'esame, vi parrebbe conveniente assoggettare delle donne, p. e., di una cinquantina d'anni, che pure possono offrire buon affidamento di pratica coscienziosa, al martirio aleatorio di un esame? Nè si ribatta che l'esaminatore potrebbe usare la necessaria indulgenza, poichè in tal caso l'esame non sarebbe che una turlupinatura. E che farebbero allora, se bocciate, queste donne? Abbandonare senz'altro l'esercizio professionale, rimanere sul lastrico, senza possibilità di provvedere altrimenti al proprio sostentamento? No, no, questo punto non va risolto con poche parole, va studiato e discusso seriamente per contemperare le necessarie garanzie per la società e le giuste esigenze delle levatrici. Perchè poi, a voler essere logici, ci sembra che il provvedimento che si reputa indispensabile per le levatrici, dovrebbe altresì estendersi, p. es., ai medici, sia ai condotti che ai liberi esercenti, e magari ad altre categorie di professionisti, e non sappiamo quali risultati potrebbero dare questi esami quinquennali...

Giuste sono le proposte generiche sulla vigilanza, nei riguardi tecnici e morali, sull'opera delle levatrici. Ma, per carità, non pensiamo ad incaricare il medico provinciale di questa bisogna. Questo braccio periferico dell'Autorità sanitaria centrale, che è, per la coltura che gli si richiede, essenzialmente un igienista, deve ispezionare – ciò che significa giudicare con profonda conoscenza di causa — i medici liberi esercenti senza aver mai esercitato la professione; deve ispezionare i medici condotti, senza aver mai fatto un giorno di condotta, cioè senza conoscere in quali condizioni essi esplichino la loro attività; deve ispezionare le farmacie senza aver mai preparato un decotto, e dovrebbe ora anche ispezionare le levatrici, conoscendo della pratica ostetrica solo quello che ha appreso sui banchi di scuola? L'ispezione sulle levatrici va affidata a persone realmente competenti nella materia e che conoscano la pratica del servizio nei suoi particolari, senza di che non sarà che un espletamento di una pratica burocratica. Anche qui la nuova funzione deve creare l'organo adatto, di cui l'opera potrà essere utilissima per assicurare alla società un buon servizio ostetrico ed alle levatrici una equanime tutela dei loro interessi.

Non vi può essere dubbio sulla convenienza di limitare l'opera della levatrice all'assistenza al parto ed al puerperio normale e alle prime cure al neonato; opera più di sorveglianza e prevenzione che di vera cura. Solo in casi assolutamente eccezionali essa potrebbe mettere in opera certe pratiche possibili e sicure. Sulla necessità di una migliore preparazione specifica dei medici hanno poi insistito Guicciardi ed Alfieri.

Con le misure proposte si otterrebbe certamente una diminuzione nel numero delle levatrici, ciò che sarebbe un bene, secondo taluni, sia per ridurne la pletora, sia perchè in tal modo si aumenterebbe l'affluenza alle Case di maternità. Prima però occorrerebbe, secondo il nostro parere, accrescere il numero e l'efficienza delle Case di maternità, occorrerebbe vincere la naturale — e del resto abbastanza spiegabile — ostilità della maggior parte delle donne. Il provvedimento poi si potrebbe adottare solo nei grandi centri, mentre non sarebbe applicabile là dove sarebbe forse più utile, cioè nelle campagne. Ad ogni modo anche su questo argomento non può dirsi l'ultima parola se non dopo una elevata discussione in cui venga prospettata esattamente la questione. Certamente un pericolo può sorgere dalla riduzione nel numero delle levatrici, ed è che per ignoranza, per economia o per impossibilità di trovare la levatrice diplomata e perfetta quale noi desideriamo, il volgo finisca per contentarsi della vecchia mammana, ricadendo così nell'abisso che si voleva evitare. Questo potrà accadere specialmente nelle campagne, che le nuove levatrici trascureranno per i proficui allettamenti dei centri popolosi. E si riannoda qui la questione del trattamento da farsi a queste lavoratrici.

Non si possono avanzare le esigenze di coltura e di moralità a cui abbiamo accennato, ed offrire gli stipendi di poche centinaia di lire all'anno, come ve ne sono tanti in moltissimi comuni d'Italia. La levatrice ha bisogno di un trattamento morale e materiale adeguato al lavoro, alla dignità, ai tempi. Si tratta di una questione di buon senso e di giustizia. In complesso, si può dire che l'accordo tra gli ostetrici italiani è raggiunto, almeno nei punti essenziali, che corrispondono in complesso alle idee di cui il La Torre è stato un antesignano, ed alle conclusioni della Commissione governativa per il servizio ostetrico. La Commissione è stata unanime nel far voti che la levatrice si conservi, elevandone la posizione intellettualmente, moralmente e materialmente, pure limitandone l'azione all'assistenza del parto eutocico ed a quei piccoli atti operativi, che possono considerarsi come facenti parte di un'assistenza intelligente. È stata unanime anche nel riconoscere che venga aumentata l'importanza delle scuole, disciplinandole ed organizzandole.

I. P.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici della provincia di Roma. — Si è riunito il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, che, dopo aver commemorato i numerosi colleghi morti nelle ultime settimane, mentre compivano il loro dovere nell'attuale epidemia di influenza, si è associato con sensi patriottici ai grandiosi avvenimenti che in questi giorni hanno compiuto i destini della Patria. Il Presidente ha dato comunicazione del telegramma inviato a S. M. il Re nel giorno del suo genetliaco, ed alla Famiglia Paolucci appena giunse la notizia della grandiosa gesta di Pola, di cui il giovane collega, dott. Raffaele Paolucci, è stato così degna parte.

A questo proposito il Consiglio ha deciso di offrire a nome dei medici di Roma una pergamena al dott. Paolucci, in una prossima solenne tornata che si terrà nei locali dell'Ordine; riservandosi inoltre di contribuire e di far contribuire a quelle altre onoranze con cui la Federazione degli Ordini dei medici intende ricordare in modo perenne l'ammirevole azione compiuta dal Paolucci.

Il Presidente ha comunicato, infine, al Consiglio l'opera svolta insieme ad altri sodalizi professionali per l'aumento delle tariffe giudiziarie per i periti; e di questa azione, di grande vantaggio per la classe, il Consiglio ha preso atto con compiacimento.

La seduta si è quindi sciolta non senza avere inviato ad alcuni colleghi delle condotte mediche di questa provincia, per la loro opera nell'attuale epidemia, il più vivo ed incondizionato plauso del Consiglio.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7509) *Infortunii sul lavoro - Pagamento di intervento chirurgico.* — Dott. F. R. da S. M. — L'art. 9 della legge sugli infortunii stabilisce che in ogni sinistro il capo o esercente della impresa è obbligato a sostenere le spese per le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica e per il certificato medico. L'art. 15 del Regolamento relativo chiarendo la locuzione del predetto art. 9 indica che esso si riferisce a quei soccorsi di urgenza che è necessario vengano subito apprestati all'operaio, ivi compresa la prima medicazione fatta dal medico, il conveniente accompagnamento ed il trasporto del ferito finchè esso sia costituito in condizioni normali di cura. Da ciò si deduce che l'amputazione di un braccio non può essere considerata come prima *immediata cura* e, quindi, la spesa del relativo intervento non può essere a carico dell'esercente la impresa. Onde è che se l'infortunato è inscritto nello elenco dei poveri i medici condotti doveano, potendo, operare gratuitamente: se non è inscritto in detto elenco od abbia ricorso ad opera di medici non condottati, deve egli direttamente pagare gli operatori.

(7510) *Ufficiale sanitario e norme per l'esercizio della condotta medica.* — Dott. A. P. da F. — Dal Decreto del Prefetto si rileva che Ella fu incaricata delle sole funzioni di medico condotto e non anche di quelle di ufficiale sanitario; per gli abbienti può attenersi alla tariffa stabilita dall'ordine dei medici della Provincia, per la mancanza dello elenco dei poveri deve interessarne in primo luogo il Sindaco ed in caso di rifiuto il Prefetto, chiedendo, in caso di infruttuose istanze, aumento di stipendio ai sensi dell'art. 26 della legge sanitaria; per i certificati dei Carabinieri non si riscuote compenso; se lo stipendio non è stabilito dal Comune può imporlo d'ufficio la G. P. A.; coprendo un posto di condotta privo di titolare può riscuotere la indennità caroviveri sempre che lo stipendio non superi le lire 4500; se fu requisito dal Prefetto non può lasciare il servizio senza l'autorizzazione ed il consenso di tale autorità; è obbligata a lasciare i buoni per i generi alimentari degli ammalati; essendo provvisorio non deve pagare il contributo della Cassa Pensioni. Un Codice Sanitario può trovarlo rivolgendosi all'editore Pietrocola di Napoli.

(7511) *Alloggio - Riscaldamento.* — Dott. F. C. da V. — Il Comune non è obbligato, senza esplicito patto contrattuale, a somministrarle la luce ed il riscaldamento per l'alloggio. Ad ogni modo può fargliene domanda in considerazione dei due ambienti destinati ad ambulatorio.

(7512) *Dimissioni - Termine per presentarle.* — Dott. A. S. da Z. — Dal momento che nel capitolato non è fissato un termine a riguardo della presentazione delle dimissioni in rapporto alla data in cui si intende lasciare il servizio, Ella può dimettersi sempre che vuole mettendo però il Comune in grado di provvedersi di altro sanitario. All'uopo basta un mese di tempo.

(7513) *Aumento di stipendio.* — Dott. R. O. da C. d'O. — L'aumento disposto dal Comune deve essere calcolato sulla intera somma di lire 500 che fu lo stipendio concordato per assumere il servizio sanitario in codesto Comune, senza distinzione del numero delle sezioni, o condotte, in cui esso era o poteva in seguito essere ripartito. Sugli altri assegni che riscuote non può pretendere aumento perchè essi non rappresentano stipendio nè di esso fanno parte integrante. La supplenza a causa di infermità fa carico al Comune quando trattisi di medico condotto titolare ma non di un semplice interino, tranne nel caso in cui l'infermità fu presa in servizio od a causa del medesimo, perchè allora compete al Comune compensare del danno materiale che con la spesa del supplente ha il sanitario subìto.

(7514) *Denunzia di infermità e di epidemie.* — Dott. G. N. da D. I. — Il medico condotto non ha l'obbligo di fornire a richiesta della autorità di P. S. notizie ed indicazioni intorno alla salute pubblica. Tali indicazioni e notizie debbono essere fornite dalle autorità sanitarie comunali e provinciali.

(7515) *Pensioni - Modifiche alla legge relativa.* — Dott. G. I. da A. L. — Nulla ancora si cono-

sce delle modifiche che furono recentemente deliberate in Consiglio dei Ministri a riguardo della Legge sulla Cassa di Previdenza dei Medici condotti. Appena saranno note ne informeremo i nostri lettori. Uguale risposta diamo all'abbonato G. A. da P.

(7516) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. Z. da C. — Come Ella ben conosce, le amministrazioni delle Opere Pie hanno facoltà ma non obbligo di aumentare gli stipendii ai loro dipendenti in base al D. L. del 10 febbraio ultimo. Il Governo non ha mancato di eccitarle a concedere un miglior trattamento agli impiegati con la circolare del 23 dello stesso mese ed anno. Se, ciò non ostante, qualche amministrazione Pia ha taciuto e non se ne è data per intesa, non vi ha mezzo legale per costringerla ad adottare un favorevole provvedimento. Sarebbe, però, consigliabile informare del fatto il Prefetto della Provincia perchè, mediante il suo autorevole eccitamento ed intervento diretto, possa persuadere le amministrazioni dipendenti della giustizia ed equità della richiesta, per la cui soddisfazione il Governo stesso ha dato opportuni suggerimenti e facoltà.

(7518) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. L. da C. d'A. — L'indennità caro-viveri va calcolata sullo stipendio che riscuote come medico condotto e non sulla indennità di ufficiale sanitario nè su quella della supplenza a suo carico. Essendo detto stipendio inferiore alle lire 1500 l'indennità che Le compete è di lire 30 mensili a decorrere dal 1° luglio 1917 come tassativamente prescrive il D. L. del 27 luglio stesso anno, n. 1181.

(7519) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. U. S. da C. V. — La legge sulla tassa esercizii e rivendite porta la data del 23 gennaio 1902 ed il relativo regolamento quella del 23 marzo stesso anno, n. 113. Nell'art. 3 n. 1 di detto regolamento è detto che sono esenti dalla tassa gli impiegati e coloro che prestano l'opera propria dietro corrisponsione di uno stipendio presso amministrazioni pubbliche o private. Il reclamo contro le indebite inscrizioni deve essere rivolto alla Commissione di accertamento comunale nel termine di quindici giorni dalla notificazione dell'operato della Giunta. Nell'attuale sua qualità non cessa di essere impiegato, e, come tale, va naturalmente anche esentato dal pagamento della tassa.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4251:

È evidente che Ella non doveva essere congedato, perchè *comandato* ad un servizio dal Ministero della guerra.

Insista nel reclamare.

All'abb. n. 5965:

Se l'ospedaletto si trovava realmente avanti le artiglierie da campagna sembra che la polizza di assicurazione dei combattenti non dovrebbe esser negata al suo personale. La richiesta dovrebbe, a rigore, esser rivolta al Comando del Corpo d'armata.

Al dott. R. V. da G. M.:

Il bollettino della promozione a primi capitani dei capitani medici della riserva, con anzianità 14 gennaio 1915, non è stato ancora pubblicato.

Al dott. M. C. da E.:

Per quanto concerne l'avvicendamento, data la poca anzianità della sua classe ('83), Ella difficilmente troverebbe accoglimento alla sua domanda; potrebbe però venir richiesto da qualche amministrazione civile e sarebbe in fondo anche questa una forma di avvicendamento.

Circa il reclamo sarebbe infondato. Il grado per titoli viene concesso in base alla richiesta individuale.

All'abb. n. 3504:

Trattasi di una Direzione di sanità... più realista del Re...

Poichè altre volte il Ministero ha concesso il grado per *titoli,* senza pretendere l'incondizionata abilità, Lei insista a fare la domanda.

La Direzione di sanità potrà annotarla sfavorevolmente, ma dovrà inoltrarla al Ministero.

All'abb. n. 3533:

Ella non può cumulare i due stipendi.

Occorre si accontenti dello stipendio maggiore, che è quello militare.

All'abb. n. 9821:

Pel servizio prestato Ella si trova nelle condizioni di poter essere promosso, ma occorre conoscere la sua esatta anzianità nel grado attuale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Roma ha eletto preside il sen. prof. Francesco Durante.

ALBO D'ORO.

ENCOMIO SOLENNE.

NATALE PASQUALE, da Palagiano (Lecce), tenente medico milizia territoriale reggimento fanteria. — Durante un'azione, dette prova di grande abnegazione e coraggio nel disimpegno della sua pietosa mansione. — Monte S. Michele, 15 maggio - Selz, 6 luglio 1916.

CROCE DI GUERRA.

BERNARDO ALFREDO AMEDEO, da Colle d'Anchise (Campobasso), capitano medico. — In servizio sanitario alla fronte dall'inizio delle ostilità ininterrottamente, addimostrò in molteplici occasioni di fronte al nemico, di saper esplicare l'illuminata opera sua con serenità ed abnegazione anche tra i più gravi pericoli.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, per immediato dopo-guerra, offresi collaboratore importante gabinetto dentistico grande città. Scrivere: Dott. Janno - Premeno (Novara).

Per la cattedra di Fisiologia a Roma. La nomina di Silvestro Baglioni.

La Facoltà di medicina di Roma ha chiamato il prof. Silvestro Baglioni, ordinario di Fisiologia sperimentale nella R. Università di Pavia, a coprire la cattedra lasciata, per i limiti di età, dall'illustre senatore Luigi Luciani.

Silvestro Baglioni è uno dei più giovani fisiologi d'Italia, essendo nato a Belmonte Piceno (Marche) il 30 dicembre 1876. Il suo amore per gli studi di fisiologia si manifestò fin dagli anni di Università, tanto che le sue prime ricerche risalgono al 1899-1900 quando, ancora studente, si recò presso il Laboratorio Fisiologico di Jena. Laureatosi a Roma nel 1902, con pieni voti e lode, fu subito nominato assistente effettivo presso l'Istituto di Fisiologia dell'Università di Gottinga, ove rimase due anni; tornato in Italia, fu aiuto di Fisiologia prima a Genova, poi a Napoli e quindi, nel 1906, a Roma, ove rimase, con tale ufficio e negli ultimi anni anche come supplente del prof. Luciani, fino al 1913, quando ebbe il posto di professore straordinario a Sassari. In questa prima tappa della rapida carriera nell'insegnamento ufficiale, Silvestro Baglioni, sia dettando le sue lezioni, sia organizzando e creando il suo istituto, dimostrò di essere non solo un appassionato e provetto maestro, capace di destare nei giovani — dote suprema — l'amore per la scienza e il sacro entusiasmo per la ricerca delle verità naturali, ma anche un organizzatore tenace e disciplinato, ed un lavoratore compreso di quel che significhino l'esempio e il dovere.

Nel 1917 il prof. Baglioni fu promosso ordinario e chiamato all'Università di Pavia, ed anche qui, nel suo breve soggiorno, non ha smentito quelle doti di cui aveva già dato limpida prova nell'Università sarda.

Oggi egli ascende all'ambita cattedra di fisiologia di Roma, ove gli oneri e le responsabilità non sono davvero inferiori agli onori. La cultura vasta, profonda e intimamente assimilata, la padronanza dei metodi di ricerca, la rettitudine dell'animo non mancano a Silvestro Baglioni, che già ha dato alla fisiologia il frutto di numerose ricerche, di cui resteranno come geniali e definitivi acquisti quelle sulla fisiologia comparata, sulla fisiologia del linguaggio, sulla fonetica sperimentale, sulle funzioni del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi, e sull'alimentazione, nel quale ultimo campo la speciale competenza del Baglioni è stata messa a profitto, durante la nostra guerra, sì che il Ministero della Guerra lo ha nominato tenente colonnello, capo dell'ufficio analisi. Recentemente è entrato come socio nell'Accademia dei Lincei.

Giovane, appassionato della scienza e devoto all'insegnamento, Silvestro Baglioni ricevendo la fiducia della Facoltà medica di Roma, sale — premio degno e solenne consacrazione — alla cattedra di Luigi Luciani, che sarà soddisfatto di veder succedergli questo suo allievo prediletto. Poi che se esiste una consolazione al rimpianto che, per legge umana, deve provare uscendo dalla scuola un professore, il quale alla scuola dette tutta la sua vita, questa consolazione è di vedersi continuato dal discepolo allevato, per affidargli un giorno la face e lo spirito, da tramandare alle future generazioni studiose. Allora maestro e discepolo *quasi cursores vitae, lampada trahunt*. E nel caso speciale questo non sarà certo uno degli ultimi meriti che avrà Silvestro Baglioni. *g. s.*

NOTIZIE DIVERSE

Le Facoltà mediche di Parigi e di Roma per la vittoria.

La Facoltà di Medicina dell'Università di Parigi ha indirizzato a quella dell'Università di Roma il seguente indirizzo:

«Les professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris réunis en Conseil le 7 novembre 1918, adressent à leurs Collègues de l'Université de Rome leurs félicitations enthousiastes pour les succès définitifs de la valeureuse armée italienne. Ils sont heureux et fiers que la France ait pu collaborer avec l'Italie dans l'œuvre de justice qui vient de s'accomplir. Ils saluent l'aurore de la paix mondiale qui délivrera à jamais les populations subjuguées par l'autorité despotique des dominations étrangères.

«*Le Doyen de la Faculté*: H. Roger».

E la Facoltà medica di Roma, riunitasi recentemente sotto la presidenza del suo nuovo preside, senatore Durante, ha risposto come appresso:

«Tutti i membri del Consiglio della Facoltà Medica di Roma, nella seduta plenaria del 13 novembre 1918, hanno accolto con unanimi entusiastici applausi le felicitazioni espresse nel voto della Facoltà Medica di Parigi del 7 novembre 1918, e le ricambiano con uguale gioia per le splendide vittorie conseguite dal valoroso Esercito francese.

«La Facoltà è ben felice che i figli d'Italia abbiano potuto combattere accanto ai fratelli francesi per schiacciare il comune nemico, negatore tenace dei diritti dell'uomo, e per riaffermare con epici eventi il trionfo della civiltà latina.

«*Il preside della Facoltà Medica di Roma*
Francesco Durante»

Le ricchezze climatiche e idrominerali delle regioni redente.

L'«Associazione Medica italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica» ha iniziato, a Milano, un corso di conferenze, per illustrare e far conoscere le singolari ricchezze salutifere delle Terre redente, le quali, offrendo soggiorni meravigliosi, ottimi climi e fonti minerali preziosissime, frequentate in parte da correnti cosmopolite, hanno diritto di ricevere dall'Italia nuovi e più forti impulsi al loro sviluppo.

Per l'igiene delle chiese.

In una pastorale l'arcivescovo di Milano ha bandito le seguenti norme igieniche per l'esercizio del culto:

1° Se di consueto può bastare la nettezza dei pavimenti, delle panche, delle grate dei confessionali e simili, ora è strettamente necessaria la di-

sinfezione, compiuta con tutta diligenza e sovente rinnovata;

2° Per l'acqua benedetta si procuri di rinnovarla sovente ripulendo ogni volta il fondo della vasca con una soluzione disinfettante;

3° Nonostante la stagione autunnale, fino a che perdurano le attuali circostanze è necessario mantenere le chiese ben aereate, cosicchè l'ambiente possa esservi meno viziato;

4° Si impone poi anche la precauzione di far disporre le panche e le sedie in modo che tanto presso gli altari, quanto davanti al pulpito non avvenga troppo agglomeramento di persone;

5° Per l'accompagnamento del S. Viatico agli infermi di influenza sarebbe opportuno nelle camere degli ammalati interdire l'ingresso alle persone non strettamente necessarie, e sarebbe pur conveniente che il sacerdote usasse sempre gli stessi indumenti sacri, curandone la disinfezione dopo l'uso e la riposizione in luogo speciale appartato;

6° È pur da raccomandarsi ancora la disinfezione personale, dopo le prestazioni di ministero, al viso ed alle mani con soluzioni antisettiche.

Vittima del dovere è morto il 5 corrente, in Roma, il capitano medico dott. NICODEMO TAVERNESE.

Questi si ammalò di influenza con complicazioni bronco-polmonari a Monte Flavio, dove era stato comandato in servizio civile.

Il dott. Tavernese si era laureato nel 1905 a Napoli ed esercitava in Mammolo di Reggio Calabria, dove era molto stimato ed amato. La guerra interruppe il suo apostolato professionale e per ben due anni si rese utile al fronte ai nostri gloriosi combattenti, ma il destino per lui era segnato!; ed egli incontrò la morte sulla breccia della sua nobile missione. Io, che lo conobbi alcuni anni or sono, e l'ho avuto in cura purtroppo solo due giorni, posso dire del suo carattere franco che si integrava coll'animo bonissimo, quantunque l'aspetto e la forte robustezza della fibra nascondessero tanta qualità, che, purtroppo, manca ai molti.

Possa il tuo sacrificio, o collega, insieme coi tanti di nostra gloriosa guerra, alimentare quella fiamma dell'ideale di giustizia cui anelano gli animi eletti e caldi di fede, i quali certamente trascineranno dalla loro parte gli scettici o i malevoli per realizzarlo nei supremi fastigi della Patria; e così questi giorni di esultanza universale che sembrano strappati al calendario dell'avvenire, diventino i giorni della nostra vita! PAOLO MARICONDA.

È morto a Torino, il 7 ottobre u. s., il maggiore medico AZZARO Cav. GIUSEPPE, da Monterosso Almo, laureatosi giovanissimo a Catania.

L'indomani dei dolorosi fatti di Sciara-Sciat partì per Tripoli, dove si fermò per 15 mesi. Fu sul Garian, dove entrò in amichevoli rapporti col Mudir, e sul Jeffren, dove impiantò e diresse per sette mesi un ospedaletto, rendendosi benemerito a quelle difficili popolazioni, vincendo la loro naturale diffidenza con la bontà dell'animo e coi modi cortesi sempre e benevoli. Ai tempi di El Baruni rese utili servizi al presidio. Prese parte alla battaglia di Hainzara col Pecori-Giraldi ed in una ricognizione sopra Hiemri scampò miracolosamente la vita.

Tornato in Italia, aggregato alla 1ª Armata, fu tra i primi a passare il confine austriaco.

Tanto in Libia che in Italia servì la Patria con ardore. A soli 34 anni fu promosso maggiore: reggeva l'ospedale da campo n. 0.164, dove ispirò vera devozione fra i subalterni e sentito affetto fra i colleghi, che ne hanno rimpianto l'immatura perdita.

P.

Indice alfabetico per materie.

Albuminuria ortostatica: trattamento . Pag. 1152
Broncopolmoniti: trattamento . . . . . » 1152
Cancro ed eredità . . . . » 1153
Corea: trattamento . . . . » 1150
Dermatosi tropicali infettive in Cirenaica » 1146
Disinfezione delle stanze dove hanno soggiornato tubercolotici . . . . . . » 1152
Facies di individui con infezione tubercolare latente: nuovo segno fisico e tecnica delle reazioni tubercoliniche . . . » 1150
Glioma interventricolare ed ependimite gliomatosa . . . . » 1150
Gliomi della retina: istologia . . . . . » 1150
Infezioni tifose e paratifose . . . . . » 1148
Influenza: patogenesi . . . . » 1133
Levatrici: L'avvenire dell'esercizio delle — . . . . » 1155
Malattie cardiache: trattamento . . . » 1138
Milza emolitica arteriosclerotica con sindrome di anemia grave . . . . . . » 1150
Oftalmoplegia totale bilaterale . . . . » 1151
Olfattometro nuovo . . . . » 1148
Porri: cura . . . . » 1153
Portatori di bacilli della difterite: trattamento . . . . Pag. 1151
Pressione atmosferica: alterazioni prodotte da improvvisa e fortissima variazione . . . . » 1144
Riflesso rotuleo: mancanza in giovani apparentemente sani . . . . » 1136
Sciatica, dolori flebogeni, varici del nervo sciatico . . . . » 1143
Sclerosi a placche associata a sindrome di Fröhlich . . . . » 1150
Sedimenti urinari: fissazione e colorazione . . . . » 1149
Sifilide polmonare dell'adulto . . . . » 1140
Sifilide: pseudoreinfezioni, superinfezioni, reinfezioni . . . . » 1142
Spirochetosi ittero-emorragica: disturbi oculari . . . . » 1151
Stenosi sopracecale da condizioni anatomiche anormali dell'appendice . . . . » 1149
Tubercolosi: organizzazione della lotta contro la — nell'Esercito italiano . . » 1153
Vaccinodermie . . . . » 1148

Roma, 1918 · Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp

Anno XXV. Roma, 1 dicembre 1918 Fasc. 48.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

T. Pontano: La dissenteria amebica e le sue complicanze. La cura. — **Note e contributi**: G. Bilancioni: L'aerofagia di origine naso-faringea. — **Osservazioni cliniche**: B. Masci: Di un caso di rottura traumatica di milza normale e di strappamento del peduncolo vascolare all'ilo della ghiandola. — **Sunti e Rassegne**: NEUROLOGIA: Neustaedter: Le malattie nervose della vecchiaia. — CHIRURGIA: William J. Mayo: Operazioni radicali nel cancro della seconda metà dell'intestino crasso, escluso il retto.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Paresi brachiale dolorosa da apicite tubercolare. — TERAPIA: Il trattamento dei prostatici. — NOTE DI TECNICA: Ricerca del sangue nell'urina, nelle feci e nei liquidi patologici. — **Posta degli abbonati.** — — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Atti parlamentari. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** —**Medicina sociale**: L'assistenza agli invalidi di guerra in Germania. — Il prof. Vaquez. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

Agli abbonati che si trovano in zona di guerra

L'Amministrazione prega vivamente i signori abbonati che si trovano in zona di guerra di notificare subito i loro eventuali mutamenti d'indirizzo, e ciò per evitare dispersione di fascicoli che l'Amministrazione non sarebbe in grado di rifornirli perchè, dato l'alto costo della carta, la tiratura del giornale è limitata allo stretto necessario

RIVISTE SINTETICHE.

La dissenteria amebica e le sue complicanze. La cura.

Prof. TOMMASO PONTANO
docente di patologia medica, aiuto di Clinica.

La dissenteria amebica.

Nel confuso capitolo delle sindromi intestinali in generale e delle forme dissenteriche in ispecie, la dissenteria amebica, solo negli ultimi venti anni, ha avuto la sanzione etiologica ed ha assunto la dignità di malattia. Fin dai tempi più antichi si trova la divinazione clinica della sua esistenza; non molti anni fa (1875) *Loësch* aveva veduto e descritto delle amebe come causa di forme dissenteriche. A malgrado degli studî sulla dissenteria tropicale, sia dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico (*Kelsch e Kiener. Councilman and Lafleur, Hirsch, Heymann, Waring*), sia dal punto di vista microscopico e sperimentale (*Koch Kartulis, Kruse, Pasquale*, ecc.), la critica aveva avuto facile trionfo sulle affermazioni degli studiosi: amebe si trovavano facilmente nei diarroici comuni e nelle persone sane (*Grassi, Celli*), si intravedeva l'importanza dei bacilli nella determinazione della malattia, si accusavano gli sperimentatori di inoculare nei gattini, l'unico animale che ben si prestava alla riproduzione della malattia, anche i bacilli, vera causa di essa, secondo l'opinione dei critici.

A convincere gli scettici, venne l'opera di *Schaudinn*, che dettò le note per distinguere le *amebe patogene* dalle *amebe innocue;* a far tacere gli oppositori vennero i lavori di Wedden e di Rogers, che indicarono lo specifico per curare e in pochi giorni avere ragione della grave affezione.

AMEBE PATOGENE. - *Amoeba hystolitica.* — È un protozoo della classe dei rizopodi, ben caratterizzata per proprietà biologiche e strutturali. Essa vive nell'intestino umano e ha una *forma vegetativa* e una *forma cistica.* Allo stato vegetativo è una formazione ovale o arrotondata, della grandezza di 15 a 20 micron; è provvista di vivace mobilità. Sia allo stato di riposo, e ancor più nei movimenti ameboidi, lascia distinguere nettamente un protoplasma differenziato in un ecto- ed endoplasma. L'ectoplasma jalino, rifrangente, forma pseudopodi che si estroflettono, come un dito di guanto, ed abbracciano particelle, atte alla nutrizione dell'ameba stessa, come sono corpuscoli rossi, leucociti, bacterî. L'endoplasma è granuloso e contiene vacuoli alimentari. Il nucleo è poco visibile nell'ameba vitale, che conserva i suoi vivaci movimenti dell'ectoplasma, si vede un po' meglio nell'ameba allo stato di riposo: nucleo senza membrana, eccentrico, povero di cromatina, la quale costituisce come un fine orletto al limite del nucleo stesso. Con opportuna colorazione si mette in evidenza nell'interno del nucleo una formazione sferica, il cariosoma, e un altro nucleolo centrale, il centriolo. *Osservate nelle feci fresche,* specialmente le forme vegetative adulte presentano sempre la caratteristica delle *inclusioni di emazie.* Questa caratteristica, sulla quale non ingiustamente insistono gli autori, *può mancare nelle forme giovani* e specialmente vedute nelle sezioni dell'intestino ulcerato, e nelle cavità glandulari stipate di piccole amebe patogene.

Secondo *Schaudinn,* la moltiplicazione delle forme vegetative avviene per divisione o per gemmazione. La formazione di elementi di resistenza, *le cisti,* coincide come per tutti gli altri protozoi, con le condizioni di vita divenute minacciose per l'esistenza del parassita. Schaudinn così descrive il processo di formazione: il cariosoma si sposta verso il margine del nucleo e fornisce al plasma globuli cromidici. I globi cromidiali si moltiplicano e a poco a poco riempiono tutto il plasma. Il nucleo intanto, mentre l'ameba aumenta di volume, si raggrinza, è distrutto o è espulso. Quando la formazione dei cromidi è abbastanza progredita, il plasma forma alla superficie delle amebe delle piccole prominenze, in cui penetrano i cromidi. Queste piccole prominenze si staccano e si attorniano di una membrana sottile, non trasparente, e diventano cisti della grandezza da 2 a 7 micron. Nelle cisti giovani il nucleo si divide, e dai due nuclei resultanti *ne derivano quattro,* i quali costituiscono la *caratteristica fondamentale,* per la distinzione delle cisti dissenteriche (*cisti a quattro nuclei*). Oltre ai quattro nuclei sono dimostrabili nell'interno della cisti le *masse cromidiali,* anche esse ritenute come carattere fondamentale di differenziazione. Le cisti scoppiano in condizioni opportune e dànno origine a quattro giovani amebe.

Amoeba tetragena. — Sebbene studi moderni tendano ad unificare sotto una sola specie tutte le amebe patogene, col nome comprensivo di *amoeba disenteriae,* tuttavia per note morfologiche e per caratteri propri di moltiplicazione, messi in netta luce da *Hartmann,* l'amoeba tetragena descritta da *Vierek* nel 1907, merita di essere illustrata a parte.

Si presenta, allo stato vivo di forma vegetativa, somigliante all'*hystolitica,* ectoplasma rifrangente, endoplasma granuloso, i movimenti sono a lembo, d'ordinario, e meno vivaci di quelli dell'ameba *hystolitica,* ma il nucleo è ben visibile anche allo stato di attività, di forma sferica, provvisto di membrana a doppio contorno, simile a quello dell'*amoeba coli.* Il nucleo è provvisto di abbondante cromatina. al centro del nucleo sta il cariosoma, con un nucleolo centrale, il centriolo. Moltiplicazione per suddivisione: non si ha moltiplicazione per schizogonia, come nell'ameba coli. L'incistamento della tetragena coincide con un processo di autofecondazione e nel resto è simile a quello descritto per l'*hystolitica.* Prima dell'incistamento però, secondo Hartmann, il nucleo si divide, per mitosi primitiva, in due nuclei figli, che dapprima hanno il solito aspetto di nuclei in riposo, poi divengono assai piccoli, molto compatti, sono vicini l'uno all'altro, come se volessero fondersi (nuclei gametici). Segue quindi l'incistamento e nella cisti si trova un solo nucleo compatto, che si divide in due nuclei figli e quindi in quattro nuclei (cisti matura).

AMEBE INNOCUE. — Tali caratteri minutamente descritti ed attribuiti alle amebe patogene, sono tanto più importanti in quanto che essi permettono una netta distinzione dalle amebe innocue, di cui il rappresentante più frequente nell'intestino umano è rappresentato dall'*amoeba coli.* Anche essa ha una forma vegetativa ed una forma cistica. La forma vegetativa si differenzia dall'*hystolitica* e dalla *tetragena* per i seguenti caratteri: l'ecto- e l'endoplasma non sono differenziabili, il corpo dell'ameba è tutto poco rifrangente alla luce, i movimenti sono torpidi e, anche nei movimenti, la distinzione tra ecto- ed endoplasma è appena percettibile. *Non contiene mai corpuscoli rossi inglobati*: il trovare inclusioni di emazie nell'ameba è sempre carattere specifico dell'ameba patogena. Il nucleo è sempre

ben riconoscibile anche nell'ameba in movimento, per la spessa membrana che lo circonda, contiene un grosso cariosoma.

La moltiplicazione delle forme vegetative avviene per schizogonia e per suddivisione. L'*amoeba coli* assume forme permanenti e di resistenza o cistiche attorniandosi, dopo avere espulso tutti i corpi estranei, di un involucro. Il nucleo si divide in due, i quali si scostano uno dall'altro lasciando nel protoplasma una lacuna a forma di lente. Mentre l'involucro esterno si ispessisce e si trasforma in solida parete di cisti, i nuclei si dividono ancora una volta e lasciano due residui nucleari che o vengono riassorbiti dal plasma o vengono espulsi: la lacuna protoplasmatica scompare ed allora ogni nucleo si divide per mitosi e dopo lo scambio reciproco delle metà fusiformi maschili e femminili originano due nuclei di fecondazione.

La moltiplicazione dei nuclei avviene, cioè, per una doppia fecondazione, che ha avuto il suo punto di partenza da una autofecondazione di un singolo elemento. I nuclei della cisti si suddividono ancora, fino a raggiungere il numero di otto, che dànno il classico aspetto della *cisti di ameba coli ad otto nuclei*. Esse sono più grandi delle cisti di ameba dissenterica, raggiungendo un diametro di 12 a 20 micron.

L'amoeba hystolitica e la tetragena sono gli agenti morbosi della dissenteria detta tropicale o pandemica. Argomenti inoppugnabili sono a fondamento di tale affermazione:

a) Nelle feci dei malati si riscontra costantemente il parassita o le cisti di esso; la forma vegetativa si riscontra nel prodotto morboso delle complicanze (ascesso epatico, ascesso cerebrale);

b) Con le amebe (forme vegetative e cisti) si riesce a provocare negli animali recettivi (gatti giovani) la caratteristica malattia e localizzazione, inoculando le feci per via rettale; eguali resultati si ottengono infettando i gattini col prodotto dell'ascesso epatico indenne da germi; non si riesce a provocarla invece inoculando i germi che accompagnano le amebe nelle feci dei dissenterici (Pasquale) o inoculando i bacilli specifici della dissenteria bacillare;

c) Mentre la dissenteria bacillare è passibile di essere curata col siero antidissenterico, la dissenteria amebica ha nel cloridrato di emetina il rimedio eroico specifico.

RICORDI ANATOMO-PATOLOGICI. — Fino a qualche anno fa l'anatomia patologica delle dissenterie inglobava tutte le lesioni trovate nell'intestino dei dissenterici, poichè non si avevano gli elementi per una diagnosi differenziale: dopo la scoperta dei bacilli da una parte, e dopo le conoscenze utili a distinguere l'ameba dissenterica, è stato possibile definire la parte spettante alla dissenteria amebica. È utile fermarsi su tali nozioni, poichè così una parte almeno dei sintomi trova facile spiegazione.

Limiterò la descrizione alle lesioni caratteristiche che si riscontrano nel grosso intestino: esso è la sede ordinaria ed unica della localizzazione; i vari tratti mostrano una frequenza e una intensità diversa del processo morboso: il sigma, il cieco, l'ampolla rettale, gli angoli epatico e splenico sono rispettivamente i punti più colpiti dall'infezione. Mentre i primi stadi della malattia non hanno caratteristiche corrispondenti lesioni anatomiche, ma presentano le note di una *flogosi catarrale con essudazione mucosa e scarse emorragie della mucosa e della sottomucosa*, a periodo inoltrato compaiono le caratteristiche ulcerazioni. L'*ulcera intestinale da ameba* si presenta come una perdita di sostanza di varia grandezza fino al diametro di uno scudo, di forma ovale o rotonda con margini duri rilevati, con fondo ricoperto da croste o da sostanza giallo-sporca friabile. Le ulcere sono in generale numerose e divise da ponti di mucosa apparentemente sana, ma con una sonda si può passare sotto di essi e svelare le comunicazioni esistenti tra l'una e l'altra ulcerazione. Sono variamente profonde: in generale colpiscono la sottomucosa, ma possono giungere fino alla muscolare, fino alla sierosa; raramente determinano una perforazione. Le ulcere possono confluire e determinare distruzioni della mucosa e della sottomucosa abbastanza vaste, però difficilmente le lesioni raggiungono una diffusione tale quale è raggiunta dalla dissenteria bacillare; non si trovano stratificazioni fibrinose difteriche, anche esse caratteristiche della bacillare.

Le amebe *penetrano* determinando una necrosi epiteliale, si approfondano e costituiscono una cavità fatta di tessuto necrotico e da amebe, con aspetto a bottiglia, da cui derivano le ulcerazioni e gli ascessetti caratteristici. Ma l'istologia delle lesioni rivela nell'intestino, come lo vedremo a proposito delle complicazioni epatiche, *il tipo della necrosi e non della infiammazione*: detriti cellulari e non produzione leucocitaria purulenta; intorno alle lesioni amebiche scarsissima infiltrazione di cellule rotonde, a meno che non vi si associno infezioni da germi comuni. Pare che l'ameba possa penetrare nella sottomucosa anche ad epitelio integro (Jurgens); certo, però, la sua caratteristica principale è quella di raccogliersi e proliferare nella sottomucosa, costituendo

quasi dei nidi di proliferazione che non solo sono difficilmente attaccabili con medicamenti somministrati per via orale e per via rettale, ma spiegano con la conoscenza della forma cistica, facilmente la ricaduta degli attacchi della malattia.

FORME CLINICHE. — La *forma classica* della dissenteria amebica, quale noi stessi, in numerosissimi casi, abbiamo potuto constatare, è quella ad inizio brusco con un crescendo impressionante dei disturbi. Può precedere uno o due giorni di malessere, qualche volta la febbre, che insorge con modico brivido e dolorabilità spiccata agli arti e alle regioni lombo-sacrali: sopravviene la diarrea dapprima, con leggeri dolori addominali, abbondante, biliosa. Alle prime scariche seguono rapidamente le tipiche deiezioni. Bisogno continuo di evacuare, tenesmo rettale, emissione di scarse quantità di feci, costituite sul principio di materiali fecali misti a muco e a scarso sangue, poi costituiti esclusivamente da muco e sangue. La quantità per ciascuna scarica è scarsa e non supera una cucchiaiata. L'ammalato diviene irrequieto, si lamenta di dolori colici che localizza principalmente alla regione iliaca sinistra ed ombellicale, di dolore e bruciore urente all'ano. Qualche volta, dopo ripetute dolorose evacuazioni, sopravviene una lipotimia.

Raramente si accompagnano a tali disturbi, a carico dell'intestino, vomito o nausea, d'ordinario l'appetito è scarso, la sete intensa; nelle donne frequentemente si ha metrorragia.

Quando gli ammalati siano abbandonati senza alcun trattamento terapeutico, le condizioni generali e locali possono aggravarsi: dimagramento acuto, prostrazione delle forze, sintomi peritoneali, come singhiozzo.

La diarrea sanguinolenta diviene più rara per numero di scariche, ma il tenesmo è persistente e costituisce una vera disperazione per il povero infermo, il quale passa la sua giornata fra un triste abbandono nel letto e tentativi spesso inefficaci di defecare. L'esame dell'ammalato in questo periodo è molto povero: la lingua secca impaniata, la bocca asciutta, segni di disidratazione dei tessuti, talora edemi, e, nelle forme gravi, rapido anasarca: il polso frequente a bassa pressione, la respirazione accelerata. L'addome è avvallato, duro, dolente, non permette la palpazione profonda, il dolore è più vivo in corrispondenza del decorso del colon, più particolarmente del colon discendente. Gli organi ipocondriaci sono d'ordinario di volume normale, ma talora, e specialmente il fegato, possono mostrarsi ingranditi.

Le urine scarse, senza albumina, nelle forme lievi, presentano le note di una nefrite acuta nelle forme gravi. L'ammalato può così perire unicamente per le conseguenze della dissenteria, ma non è questo certo il caso più frequente.

Il più delle volte la forma acuta, senza cura o con sola terapia alimentare, si attenua, le feci divengono formate con poco muco e con sangue non apprezzabile macroscopicamente, ritorna l'appetito ed un certo senso di benessere, che fa credere ad una vera guarigione. Ma uno dei peculiari caratteri della dissenteria amebica è quello di disingannare presto il convalescente: essa *recidiva* o con le note descritte drammatiche o, come di solito, con sintomi più blandi che traggono in errore malati e medici e che è opportuno mettere in giusto rilievo. *La recidiva* talora consiste in una diarrea senza caratteri speciali; al mattino il malato ha la sua scarica diarroica, e poi più nulla fino al giorno seguente, o un'altra evacuazione liquida. Spesso con dieta opportuna od in seguito a purganti e a clisteri (questi malati divengono dei veri abbonati del purgante) migliorano per recidivare di nuovo. Tra questi periodi di tregua, di relativo benessere, di disturbi trascurabili, che passano all'occhio del medico come comuni enteriti, capita però sempre la vera riacutizzazione con emissione di muco o di sangue: essa può venire spontaneamente, come dopo un errore dietetico; ma i malati sono sempre propensi a ritenere che i cibi, e spesso cibi innocui, sono la causa delle ricadute. *La forma acuta è passata in cronica*, la dissenteria amebica ha, cioè, percorso tutti i suoi stadî e mostrato la sua vera figura di *malattia protozoaria cronica recidivante.*

L'ammalato può anche vivere in discrete condizioni a malgrado della sua cronica infezione, d'ordinario però sulla sua faccia si viene scrivendo il segno della sua sofferenza, egli diviene pallido fino al colorito terreo, diviene apatico, o si stanca facilmente, anche per piccoli lavori; sindromi nervose, spesso a tipo depressivo o melanconico, si sovrappongono alla malattia dell'intestino. Se l'esame delle feci ha potuto essere fecondo di tanti buoni resultati su malati condannati ad essere dei cronici tributarî dei medici o dei veri persecutori, questi rilievi dicono quanto *un rapido esame di feci a fresco possa talora portare di luce e di utile agli occhi del medico e alla vita del malato.*

Ma nè l'inizio della malattia è sempre quello della forma acuta, nè il decorso quello della tipica forma recidivante. Descriverò le forme, che ho avuto io stesso occasione di osser-

vare e di seguire, riporterò altre forme più rare che da studiosi delle malattie tropicali sono state descritte.

Forma larvata. — Non sarebbe esatto parlare di forme larvate in coloro i quali sono *portatori dell'ameba hystolitica* senza disturbo alcuno a carico dell'intestino: ma tale categoria esiste, se si deve prestare fede alla storia raccontata da pazienti con ascesso del fegato di natura amebica; in un soldato, proveniente dalla trincea, in cui la diagnosi, l'atto operativo e la ricerca dell'ameba nella parete della cavità ascessuale confermarono la diagnosi dell'origine amebica, l'anamnesi era completamente negativa; non esisteva neppure il ricordo di una volgare diarrea datante anche da lungo tempo. Ciò vuol dire che l'ameba patogena può vivere eccezionalmente nell'intestino umano senza dare manifestazioni cliniche apprezzabili della sua presenza, pur minacciando, attraverso degli indiscutibili danni della parete intestinale, anche gli altri organi.

Si può parlare invece di vera *forma larvata* nei casi nei quali manca un inizio tumultuoso, sostituito da una banale diarrea, che cede facilmente all'uso dei purganti e a cure dietetiche. Se pure tale diarrea mostra un ostinato carattere di recidività, tanto da far passare i malati come affetti da croniche enteriti, esse non sono distinguibili nè per carattere delle feci nè per i disturbi che si accompagnano, da altre diarree comuni. Tale conoscenza rende necessario il *precetto dell'esame delle feci indistintamente a tutti i diarroici nelle zone infette da una tale malattia.* I portatori e i malati di forme larvate di dissenteria amebica sono naturalmente gli ammalati più pericolosi agli altri e a sè stessi: agli altri perchè non curati nè ricoverati mai all'ospedale per i loro leggeri disturbi, divengono dei veri seminatori di parassiti, a sè stessi, perchè non assoggettati a nessuna terapia specifica, finiscono a breve o a lunga scadenza (talora dopo molti anni, come sembra dimostrato in alcuni casi) coll'essere colpiti da una delle più gravi complicanze della dissenteria amebica, l'ascesso del fegato o di altri organi come il cervello, ecc.

Tra la forma classica e la larvata esiste una gamma numerosa di forme:

Forma iperacuta. — Si riscontra non infrequentemente nelle epidemie di dissenteria amebica, quali le attuali condizioni di guerra hanno permesso di vedere, a differenza di quanto il passato insegnava. Sono dissenterie che cominciano e decorrono in maniera drammatica, e che terminano in due o tre settimane, o per sè, o per complicanze mortali come la perforazione del colon. Tra le forme iperacute trova posto un tipo che si potrebbe chiamare *enterorragico*, poichè nei malati la vera sindrome dissenterica è sostituita dalla *sindrome emorragica*: talora, invece, l'ammalato ha *l'aspetto d'un tifoso enterorragico* e negli ultimi *periodi d'un peritonitico.* All'autopsia di tali soggetti si può trovare l'intestino trasformato in una vasta ulcerazione in cui si vedono solo tracce nella mucosa; spesso contemporaneamente il fegato è infarcito da ascessi che hanno contribuito ad aggravare il quadro clinico (*Babes*).

Forma colerica. — La sindrome coleriforme può iniziare la malattia, come essere un episodio pericoloso della forma ordinaria: l'ammalato ha numerosissime scariche diarroiche, liquide, biancastre, ha vomito, ipotermia, disidratazione rapidissima quale si suole verificare nel colera. Possono guarire per sè o meglio con adatta terapia, ma specialmente se intervengono in ammalato già defedato dal prolungarsi di una dissenteria, possono portare la morte col quadro dell'insufficienza acuta surrenale.

Forma cronica. — Ho già accennato al carattere di cronicità che la dissenteria amebica, comunque iniziata, presenta il più delle volte; spesso nei climi tropicali e negli indigeni la malattia assume fin dall'inizio i caratteri di una affezione cronica con scarsi episodi di lievi riacutizzazioni.

La malattia quando ha assunto il quadro dell'affezione cronica può durare moltissimi anni, da tre o quattro anni fino a dieci, e vi è chi parla di dissenterie che, *dopo venti anni*, hanno dato la complicanza dell'ascesso epatico. Le feci di questi malati nei periodi di tregua non sono mai perfettamente normali, poltacee con scarso muco, senza sangue apprezzabile dall'osservazione del malato; divengono però spesso fluide, talora si ha eliminazione di sangue, hanno ordinariamente odore di colla e sono alcaline.

Complicanze.

Non sono numerose, ma offrono una grande importanza clinica per la gravità dovuta alla natura delle lesioni e per gli organi più frequentemente colpiti. Le complicanze sono dovute o *alla lesione intestinale in sè* oppure *alla localizzazione in altri organi dell'agente patogeno.*

D'ordinario le ulcerazioni dell'intestino grosso non oltrepassano la muscolare, qualche volta giungono fino alla sierosa, talora oltrepas-

sano la barriera peritoneale, l'ulcera si perfora dando luogo ad una *peritonite acutissima* mortale. La *perforazione*, rara nella comune dissenteria amebica ulcerosa, è frequente invece nella *forma gangrenosa*, nella patogenesi della quale alcuni, oltre al potere necrotico dell'emeba, fanno intervenire altri agenti morbosi come germi abitatori dell'intestino, condizioni individuali, ecc.

L'organo nel quale più di frequente si localizza l'*amoeba hystolitica* è il *fegato*. Come arrivi l'ameba nel fegato è stato lungamente discusso: l'opinione più accetta è che essa giunga al fegato per la via dei vasi sanguigni (radici portali). Sul tessuto epatico il protozoo manifesta il carattere costante della necrosi colliquativa: le cellule epatiche cadono in necrosi, sono ridotte in detriti; manca l'infiltrazione leucocitaria. Si forma una cavità, contenente un tale prodotto morboso che a torto viene denominato *ascesso*. In esso infatti mancano le note più importanti che la patologia generale attribuisce al contenuto ascessuale vero: non si trovano leucociti, ma detrito; non germi coltivabili, ma solo amebe specialmente sul prodotto che si ottiene raschiando la parete. Anatomo-patologicamente nemmeno la parete ha la stessa costituzione descritta per gli ascessi comuni da germi, ma una parete necrotica, cenciosa, con residui di vasi trombizzati, o con vasi che sporgono sulla parete stessa e che possono essere la sede di emorragie: spesso infatti nel contenuto della cavità si riscontrano numerose emazie ben conservate. Vedremo quanto interesse hanno tali conoscenze, per comprendere la possibilità di cura medica e la guarigione senza intervento operativo. *La sintomatologia della complicanza epatica* dovuta ad amebiasi, *non si differenzia d'ordinario da quella dei comuni ascessi del fegato*. Però è necessario notare qualche particolare importante. Non raramente la complicanza epatica insorge subdolamente, *senza febbre*, talora senza dolori (ascesso profondo), e solo un accurato esame dell'organo fa sospettare, per l'ingrandimento di esso, la localizzazione; *non raramente si vedono malati portatori di un grosso ascesso del fegato presentarsi ambulatoriamente al medico*. Il decorso ordinario dell'ascesso è acuto, di poche settimane (una media di tre settimane secondo Rolleston), ma l'ascesso può decorrere cronicamente sì da far parlare di un ascesso inveterato, con capsula fibrosa o calcificata. Nè bisogna aspettarsi di trovare una tipica dissenteria, quando si riscontri un ascesso del fegato: talora esso anzi sembra primitivo, ed invece è la complicanza di una dissenteria larvata, oppure di una dissenteria lieve guarita, oppure infine, come in un caso da me osservato, in individui che nessun precedente di malattia intestinale ricordano, e nei quali la presenza di amebe nella parete fanno sicuramente concludere per una *amebiasi asintomatica* che abbia permesso la trasmigrazione delle amebe nel fegato. Fino a qualche tempo fa si parlava di *ascesso unico* o di *ascesso tropicale del fegato* per distinguere l'ascesso da ameba dagli altri ascessi del fegato più frequentemente multipli. L'indagine anatomo-patologica, in casi nei quali la malattia epatica non era molto avanzata, l'esperienza chirurgica, che ha dimostrato un secondo, un terzo ascesso, dopo l'apertura del primo, hanno piuttosto fatto concludere che l'ascesso da ameba non raramente è multiplo, e che l'ascesso unico è il prodotto della fusione di parecchi ascessi piccoli. Quando l'ascesso amebico non sia trattato convenientemente, raramente si incapsula, per guarigione spontanea; d'ordinario cresce rapidamente e può perforarsi; se l'ascesso non si perfora o non giunge a guarigione spontanea, le condizioni generali del malato peggiorano progressivamente e spesso, in seguito a ricadute di dissenteria, perisce in stato di cachessia. Talora infine possono formarsi dei trombi di vene epatiche che danno luogo a consecutivi emboli delle polmonari. È utile fermarsi sulla *rottura dell'ascesso* nelle cavità vicine o sulla cute. Per ragione di frequenza seguendo le statistiche di *Cyr e di Thierfelder*, la cavità in cui più frequentemente si rompe l'ascesso è la cavità toracica, poi viene la cavità peritoneale cogli organi contenuti, infine come eccezionale è da ricordare la rottura all'esterno per perforazione della pelle.

Nella cavità toracica più frequentemente l'ascesso si vuota nel polmone, poi nella pleura, raramente nel pericardio.

La perforazione nel polmone si estrinseca con una vomica iniziale, a cui segue l'espettorazione abbondante ed insistente di pus: si può facilmente fare la diagnosi, oltre che con l'esame accurato del malato, coll'esame microscopico dell'espettorato a fresco. Nel maggior numero dei casi è facile rinvenire le caratteristiche amebe di Schaudinn. Anche la perforazione nella pleura può presentare delle note caratteristiche, specialmente in primo tempo; poichè oltre alla presenza di amebe il prodotto morboso, estratto colla siringa, si presenta sterile alle prove culturali, e contiene un ammasso di detrito, caratteristico del prodotto morboso amebico, ed emazie.

La rara evenienza del vuotamento nel *pericardio* è seguita da una sindrome drammatica di acuta insufficienza del cuore, e, a breve scadenza, dalla morte.

Più raro di quanto a prima vista non si potrebbe immaginare, è il vuotamento dell'ascesso nel *peritoneo*, con consecutiva peritonite acuta diffusa; l'evenienza di una peritonite saccata è anche essa rara. Cita qualche autore la rottura dell'ascesso attraverso la *pelle*.

L'ascesso cerebrale amebico decorre rispetto alla sintomatologia cerebrale con le note cliniche comuni della compressione endocranica generale o a focolai, quello che interessa di ricordare è che in esso può mancare la fèbbre così da farlo confondere con altre forme morbose, come gomme, tumori, ecc. Guida necessaria è la diagnosi della dissenteria e della sua natura. Se non è diagnosticato e curato porta fatalmente a morte.

Diagnosi della dissenteria amebica e delle sue complicanze.

La *diagnosi specifica* della natura delle dissenterie acute, sia con i criteri epidemiologici che con i criteri clinici, è impossibile: in generale dove è la dissenteria amebica quivi esiste anche la dissenteria bacillare; tra i casi di una epidemia di dissenteria bacillare, trovasi il dissenterico amebico, senza dire che condizioni peculiari di vita, come sono state quelle dei nostri soldati in trincea, può provocare l'insorgenza di vere *epidemie di dissenteria amebica.* Tutte le note differenziali che riguardano *manifestazioni cliniche, qualità delle feci*, ecc., falliscono nella pratica: i mezzi decisivi e rapidi di diagnosi sono i mezzi di laboratorio, e più precisamente l'*esame delle feci a fresco da una parte, l'esame culturale dall'altra*, poichè sebbene l'evenienza non sia frequente, pure è dato di trovare anche delle *forme miste*.

Le feci devono essere di fresco emesse; nei climi caldi, anche quando sian passate parecchie ore, l'esame riesce egualmente proficuo: se la temperatura è fredda e le feci sono emesse già da parecchie ore, conviene tenerle per qualche ora in termostato o a bagnomaria a 37°. A tale inconveniente di dover portare il proprio esame su materiale fresco, e non sempre si ha la possibilità di disporre dell'occorrente a letto del malato, si ripara con un espediente consigliato dal prof. Giusti del Laboratorio bacteriologico della Sanità Pubblica, un espediente che permette di spedire il materiale da esame anche a grandi distanze: si preleva il materiale da esaminare con adatta pipetta nella quantità di ½ cmc. e lo si fa cadere entro una provetta contenente 2 cmc. di soluzione fisiologica che abbia la temperatura di 38°-40°; la provetta verrà mantenuta a tale temperatura per 5-10 minuti. Quindi vi si versa dentro rapidamente il liquido fissatore freddo (*soluzione acquosa satura di sublimato*) nella quantità di 1 cmc. È bene capovolgere e scuotere dolcemente la provetta affinchè rapidamente avvenga il contatto tra il liquido fissatore e il materiale da esaminare. Il calore risveglia la mobilità dell'ameba ed il sublimato ne fissa l'atteggiamento in moto. Così fissato il materiale può essere spedito e l'esame va condotto come se si avesse da fare con materiale fresco. Per allestire i *preparati a fresco* si prende con una ansa di platino un fiocchetto di muco, si lava in soluzione fisiologica tiepida, si deposita su un portaoggetto, si copre con coprioggetto sottile, si schiaccia leggermente e si osserva al microscopio ad immersione. Ho già parlato minutamente del caratteristico aspetto delle amebe patogene, insisto sulla ricerca delle *cisti a quattro nuclei,* le quali sole, anche nei momenti di crisi dissenterica, possono essere l'esponente microscopico della malattia e che nella forma cronica sono costanti. A chi ha acquistato pratica nella ricerca, il trovare le tipiche cisti deve bastare per porre la diagnosi di dissenteria amebica; ma chi volesse, specialmente nelle forme inveterate, non accontentarsi della ricerca, basterà che provochi l'*acutizzazione del processo con un modico purgante di solfato di sodio o con un clistere contenente una dose piuttosto alta dello stesso sale* (60 gr.). Nel giorno seguente l'esame delle feci mucose conterrà con grande probabilità amebe nella forma vegetativa.

Trovare delle amebe *hystolitiche* nelle feci dissenteriche è criterio sufficiente per una diagnosi di natura della malattia.

Ma nelle *forme recidivanti*, nelle *dissenterie con complicanza epatica*, gli *elementi clinici per sè* sono sufficienti per porre una diagnosi di grande probabilità: *le dissenterie bacillari d'ordinario non recidivano,* se pure talvolta mostrano tendenza alle ricadute o lentamente guariscono, *esse non danno complicanze epatiche*, tanto che Shiga nel Giappone in una diffusissima epidemia di dissenteria bacillare non ebbe occasione di vedere neppur un ascesso del fegato. Naturalmente in una malattia, che come vedremo possiede un rimedio specifico, il *criterio curativo* non è, in particolari circostanze, da tenere in scarsa considerazione.

Una ultima considerazione non voglio trascurare, utile specialmente per chi è abituato a vedere i malati in generale colpiti da una sola affezione: nei climi temperati, e specie nei

climi caldi, non è raro vedere delle *infezioni miste* colpire i pazienti: ho potuto osservare il sangue di un medesimo soggetto contenente spirilli della febbre ricorrente e protozoi della malaria in un preparato fornito dal prof. Castellani, ho potuto seguire malarie con parassiti nel sangue su dissenterici, che avevano amebe nelle feci. *Non infrequente è il caso di vedere forme di dissenteria in cui al bacillo della dissenteria si associa l'ameba hystolitica.* È quindi necessario, agli scopi della terapia, che è il supremo scopo del medico, assicurarsi: nei casi che datano almeno da una diecina di giorni è più comodo praticare la sierodiagnosi 1:75, almeno con le due varietà Shiga e Flexner, nei casi recenti è necessario sobbarcarsi alla ricerca dei bacilli specifici. Un metodo, che se pure ha dei difetti, risponde nella maggior parte dei casi, secondo la mia esperienza, è il seguente: un fiocchetto mucoso è lavato per due o tre volte in soluzione fisiologica, quindi è strisciato su piastre di Drigalski, e le capsule sono messe in termostato avendo l'avvertenza di frapporre fra il coperchio e la scatola un pezzo di carta bibula sterilizzata, con la parte del terreno sul pavimento del termostato. Dopo 16-24 ore al massimo, si procede alla pesca delle colonie e alla loro identificazione. Si scartano tutte quelle che danno germi mobili; i germi immobili provenienti da tipiche *colonie bleu* sono saggiati microscopicamente con diluizioni di sieri agglutinanti specifici (per lo Shiga e per il Flexner): se si tratta di bacilli dissenterici l'agglutinazione avviene rapidamente e nettamente. Non è spesso dato così di riconoscere lo Shiga dal Flexner, perchè tutti i sieri agglutinanti ad alto titolo presentano fenomeni di gruppo; per lo scopo servirà facilmente dell'acqua peptonata e mannite con laccamuffa che è deviata in rosso per la produzione di acidi dal tipo Flexner. Con tale metodo in generale dopo 24 ore è dato di fare diagnosi di dissenteria bacillare e dopo 36-48 ore dell'agente specifico. L'obbiezione più grave che si potrebbe fare al metodo è che i bacilli della dissenteria, appena isolati dalle feci, non sono facilmente agglutinabili, qualità che acquisterebbero in seguito: devo confessare che il reperto da me ottenuto in numerosi casi è andato in generale d'accordo con la sierodiagnosi, e che di 12 germi simil-dissenterici isolati (non erano agglutinati dai sieri specifici), nessuno, restando in laboratorio, nei successivi passaggi, ha acquistato quelle proprietà di agglutinabilità, che non aveva nel momento dell'isolamento.

Un ultimo espediente per una sicura diagnosi, ma certamente poco pratico, sopratutto per la difficoltà di procurarsi estemporaneamente il materiale di esperimento, è quello di riprodurre la dissenteria nei gattini, con l'iniezione intrarettale di piccole quantità di feci dissenteriche (poche gocce sono sufficienti). Dopo due-tre-quattro giorni si ha la riproduzione della dissenteria e dopo 5-10 giorni la morte dei gattini: all'autopsia si hanno le tipiche lesioni ulcerose del grosso intestino.

Prognosi.

La *prognosi della dissenteria amebica pura* è in generale favorevole *quoad vitam*: nelle rare forme gravi e fulminee con sintomi enterorragici o di necrosi e gangrena del colon, la malattia ha in generale esito infausto anche se si interviene con cura appropriata e generosa.

D'ordinario l'episodio dissenterico è facilmente vinto, quando alla esatta diagnosi segua un'adatta cura specifica; ma non si prevengono con una unica cura gli episodi di recidiva, i quali sono ostinati non raramente per mesi, fin per anni.

La prognosi delle *complicanze epatiche* è divenuta molto più favorevole dacchè possediamo un rimedio specifico; quando però dei germi patogeni complicano la localizzazione amebica di un organo, la prognosi diviene molto più riservata, e partecipa di tutti gli incidenti, che gravi atti operativi determinano, su soggetti spesso defedati da lunga malattia esauriente.

Cura della dissenteria amebica.

La cura della dissenteria amebica si basa sull'uso di pochi presidî fondamentali che il medico applicherà con sano criterio di selezione, a seconda dei soggetti e della gravità della malattia.

a) I *sussidi medicamentosi*, tanto discussi ed imbrogliati prima del 911, sono divenuti molto semplici dopo le comunicazioni di Wedden e di Rogers. Il primo dimostrò che *l'emetina*, in diluzione fortissima, uccide le amebe coltivate; il Rogers dimostrò che l'emetina stessa in diluizioni 1:10.000 distrugge istantaneamente le amebe pullulanti in un fiocchetto di muco, e che, inoculata per via sottocutanea sotto forma di cloridrato di emetina, mantiene, rispetto all'amoeba *hystolitica*, le medesime proprietà. Il cloridrato di emetina è il sale dell'alcaloide dell'ipecacuana, estratto per la prima volta da Megendie e da Pelletier, dalla radice dell'ipecacuana.

L'uso dell'ipecacuana a forti dosi, che se aveva dato benefizi incommensurabili, aveva

d'altra parte provocato accidenti d'intolleranza non lievi, tanto da essere minacciata di dimenticanza e d'abbandono, l'uso di altri emetici ai quali la deviazione dall'interpretazione esatta dell'azione dell'ipecacuana aveva riportato le menti dei medici di non molti anni fa, sono ricordi soltanto nella terapia della dissenteria amebica. *Il cloridrato di emetina è lo specifico della amebiasi intestinale*: dopo poche dosi, nella maggior parte dei casi, le forme vegetative dell'ameba scompaiono, e la fisionomia clinica del malato si modifica in tal maniera e tanto rapidamente, da portare lo Chauffard ad affermare che «le dissenterie che in tre giorni non cedono alla cura con emetina, non sono dissenterie amebiche».

La *dose* di cloridrato di emetina è di 10-12 centigrammi al giorno, per via sottocutanea o meglio intramuscolare, in fiale da tre o quattro centigrammi ciascuna; tale dose deve essere continuata per quattro giorni almeno, salvo fenomeni di intolleranza. Quando l'emetina è di buona qualità (ho usato largamente quella di Burroughs e Wellcome), i *fenomeni di intolleranza* sugli adulti, sui quali ho esperienza, mancano o si riducano a solo senso di nausea sopportabile, anche dopo dosi ripetute del rimedio. La tolleranza per l'emetina giunge a ben più alte dosi di quelle usate (15-20 cgr. *pro die*). Se i casi trattati sono sorpresi alle prime scariche sanguinolenti, dopo le prime due o tre iniezioni, la diarrea si arresta e talora anzi il malato diviene stitico. Cessa il tenesmo doloroso, cessano le coliche; un vivo senso di sollievo segue al grave stato di malessere e di abbattimento. Ma se la dissenteria è di vecchia data, o se la forma violenta ha portato a gravi alterazioni dell'intestino (forma enterorragica), i benefizi non sono così immediati, e il miglioramento lento è in rapporto con le alterazioni anatomiche dell'intestino.

Questa terapia sterilizzante però si arresta alle forme vegetative del parassita: *essa è inefficace contro le cisti*. D'ordinario dopo l'apparente guarigione a più o meno lunga scadenza, si ha la *recidiva*. Contro di essa generalmente il rimedio si mantiene abbastanza attivo; però in alcuni casi esso perde a grado a grado di efficacia (forme di amebe divenute resistenti?).

Per tale esperienza ingiustamente gli entusiasmi di alcuni medici si sono raffreddati nei riguardi dell'emetina: al più si può dire che essa non è da meno del chinino nella malaria e del mercurio nella sifilide, e che è la malattia che mantiene tutti i caratteri delle malattie protozoarie (curabili con rimedi specifici e recidivanti). Le recidive però d'ordinario non sopravvengono *se ad una cura di emetina si fa seguire un periodo di tregua* (10-15 giorni) *e poi e senz'altro si praticano nuove cure intermittenti preventive;* dopo parecchi mesi con tale sistema, e col controllo continuato delle feci previa somministrazione di purganti, si potrà essere sicuri della scomparsa delle amebe e delle cisti.

Per qualche insuccesso dell'emetina sulle forme vegetative del parassita, dovuto a ragioni non ancora chiare (qualità dell'emetina?), alcuni autori (Milian, Ravaut, ecc.) hanno esperimentato l'uso del *Novoarsenobenzolo* e per via endovenosa e per clisteri: i benefizi sono stati immediati e sembra costanti, ma non si ha la dimostrazione ancora che il novoarsenobenzolo giunga a distruggere le cisti. Gl'Inglesi non raramente impiegano l'*emetina per bocca*, o come granuli di cloridrato, o sotto forma di *ioduro doppio di bismuto e d'emetina*. Di questo ultimo prodotto alcuni lodano l'efficacia, superiore a quella del semplice cloridrato. Ho veduto però recidive in soggetti curati coll'ioduro di bismuto e d'emetina, e, per gli effetti immediati, credo che *nessun rimedio valga quanto e più del cloridrato di emetina per iniezioni*, secondo il metodo di Rogers. Ricordo di avere usato con ottimi resultati, comparabili a quelli ottenuti con l'emetina, con l'*ipeca total Dause*.

b) La terapia medicamentosa antiparassitaria può essere coadiuvata, specialmente nelle forme gravi, *con opportuna terapia locale*. I clisteri di decotto di ipecacuana (10 gr. in 1000 di acqua) sono utili in mancanza dell'emetina, forse più tollerati dell'ipecacuana per bocca. Ma la cura locale, che offre notevoli vantaggi, in ausilio della cura specifica, è quella del *nitrato d'argento* e dell'*acido salicilico* per clisteri: la loro indicazione è data specialmente dalle forme enterorragiche. Il nitrato d'argento deve essere usato alla dose 1:5000-1:2000; se ne può praticare un clistere al giorno nei primi giorni, poi un clistere ogni due o tre giorni. Nessuna preoccupazione, se, dopo il clistere, si ha una lieve riacutizzazione mucosa dell'enterite; i benefizi, specie sul sintoma enterorragia, non tardano a rendersi manifesti. L'acido salicilico, nella diluizione 1:1000, potrà essere alternato con i clisteri di nitrato d'argento e dimostra una sicura azione detersiva ed astringente.

c) Se nelle forme acute *il regime alimentare* ha un po' perduto del suo antico valore, lo conserva immutato nelle forme prolungate

o nelle frequenti recidive su soggetti con lesioni intestinali di una certa entità. Durante l'attacco dissenterico è norma migliore quella di abolire qualsiasi alimentazione e di sostituirla con l'ingestione di forti quantità di acqua di riso, che si ottiene facendo bollire, per esempio, gr. 50-100 di riso in 1000-1500 di acqua. I malati si abituano a tale sorta di bevanda e sogliono volentieri con essa estinguere il vivo senso di sete che li molesta. All'acqua di riso, per evitare nausea, si può accompagnare decotto di orzo, ecc. I *decotti vegetali* devono costituire la bevanda e l'alimento del periodo acuto; quando le scariche sono diminuite per numero, e i sintomi dolorosi si sono attenuati, si aggiungeranno riso molto cotto, *purées* vegetali diluite, o farine vegetali con brodo lungo; poi pastine, infine si potrà aggiungere il latte con acqua di calce e in ultimo si darà la carne prima tritata, per passare all'alimentazione completa.

Cura delle complicanze.

Le complicanze della dissenteria amebica (ascesso del fegato, ascesso cerebrale) erano finora passibili solo di cura chirurgica. Secondo molti autori la *cura specifica era la cura chirurgica.* I meno aggressivi avevano studiato metodi di punzione, vuotamento e lavaggio della cavità seguendo l'esempio dato da Manson. Dopo l'introduzione dell'emetina lo stesso Rogers comunicava che la cura medicamentosa specifica poteva avere ragione della complicanza epatica *nello stadio preascessuale*, ma che se l'ascesso era costituito, e specialmente se vi era la complicanza di germi, solo l'atto operativo poteva dare la resoluzione del problema terapeutico. Intanto però qualche autore, nei casi rifiutati dal chirurgo, come ascessi apertisi nei bronchi, aveva avuto resultati definitivi di guarigione con la cura emetinica. D'altra parte la conoscenza della non infrequente molteplicità dell'ascesso, talora la gravità delle condizioni generali dei malati non rendevano affatto sicuro l'esito dell'atto operativo. In virtù di tali considerazioni, io stesso ho tentato in casi di ascesso conclamato *la sola terapia medica*, prima della cura chirurgica; ed ho ottenuto resultati che hanno talora oltrepassato la mia aspettativa: in casi di ascessi recenti con puntura esplorativa positiva e con prodotto morboso microscopicamente fatto di detriti ed emazie e sterile alla prova della coltura in terreni comuni, la complicanza è guarita rapidamente e definitivamente. Non basta: la guarigione ho ottenuto con la sola emetina in un caso curato in clinica, per gentile concessione del mio maestro prof. Ascoli; il reperto miscroscopico del prodotto morboso era fatto di detriti ed emazie, ma la cultura rivelava la *presenza di un bacterium coli.* Sono venuto alla conclusione che dinanzi ad un ascesso epatico di origine amebica:

1° *se il prodotto morboso è fatto di detrito e non da corpuscoli di pus;*

2° *specie se sono assenti germi coltivabili, ma anche quando i germi coltivabili non mutino la natura del prodotto morboso, si deve tentare una intensa cura di emetina prima dell'atto operativo;* essa nella maggior parte dei casi avrà ragione della complicanza morbosa. *Chè se il prodotto morboso è fatto da pus per complicanza piogena, la cura di emetina potrà accelerare la guarigione, ma per sè è insufficiente.*

Col trattamento ametinico si assiste alla rapida scomparsa del dolore, della febbre quando questa esista, alla rapida diminuzione del numero dei leucociti, alla riduzione del volume del fegato e al suo ritorno nei limiti normali nello spazio medio di due settimane. Come un tale riassorbimento possa avvenire meraviglierà non poco coloro i quali ritengano che il contenuto dell'ascesso amebico non sia differente dal comune pus e che ricordano con pedissequa obbedienza il detto: *ubi est pus, evacua.* Ma si pensi che il prodotto morboso contenuto nella cavità epatica neoformata nulla ha che fare col pus bacterico e che invece etiologicamente e morfologicamente si avvicina al prodotto di una gomma: cesserà forse la meraviglia e si intenderà la ragione del resultato sol che si ricordi quali resultati si ottengono con la cura mercuriale o salvarsanica anche sulle gomme più voluminose.

Nulla ho da aggiungere a proposito della cura medicamentosa *per la rara complicanza cerebrale.* Voglio solo ricordare che su un gran numero di dissenterici ho veduto la complicanza epatica *sempre* su individui non trattati con l'emetina o perchè affetti da forme larvate o perchè avevano avuto un attacco di dissenteria scomparso coi comuni presidî terapeutici: l'osservazione dà diritto a sospettare che l'*emetina ha un valore profilattico contro le complicanze.* Nè il fatto contrasta con le nostre conoscenze, poichè sono le forme vegetative che penetrano attraverso i vasi sanguigni, sono esse che danno le complicanze: il rimedio contro tali forme è infallibile. I vantaggi della cura medica nei portatori di più ascessi sono per sè evidenti; essa inoltre evita le recidive, poichè sulla parete dell'ascesso non si è mai riusciti a rinvenire forme cistiche, le quali, si sa, sono le sole forme resistenti al rimedio.

Ho accennato alle forme miste: quando la sierodiagnosi o l'isolamento dalle feci dimostri la contemporanea esistenza della dissenteria bacillare, bisogna ricorrere alla cura coi sieri specifici ad alte dosi (20-40 cmc. al giorno). Solo generosamente somministrando il siero specifico si possono avere resultati che talora hanno del miracoloso.

La conoscenza della dissenteria amebica e delle sue complicanze deve entrare nelle correnti conoscenze del medico pratico; i rari casi veduti prima e dopo la guerra libica aumenteranno notevolmente in Italia al ritorno in patria di truppe che hanno a lungo abitato zone fortemente infette da questo tipo di infezione dissenterica; con esatta diagnosi e con cura oculata il medico può evitare danni individuali e sociali considerevoli.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'aerofagia di origine naso-faringea.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, maggiore medico.

L'aerofagia si trova nei soggetti dispeptici e nei nervosi, più generalmente nei dispeptici-nervosi, ed è , in fondo, soltanto l'esagerazione di un fenomeno normale. Tutti ingeriamo una certa quantità d'aria con i bocconi solidi ed una maggiore con le sorsate di liquido, specie al momento in cui s'inghiotte la saliva: scialorrea, scialofagia e aerofagia vanno in genere di consenso. Molti ammalati che hanno provato un po' di sollievo in seguito a un'eruttazione, cercano in modo inconscio di provocarne delle altre e, in buona fede, cercando di eruttare non fanno che inghiottire aria, la quale esce appena introdotta nell'esofago, oppure ritorna alla bocca più tardi se giunge allo stomaco.

L'aerofagia può essere *primitiva;* Leven e Barret l'hanno descritta nel lattante e risulta allora da cattive digestioni; nell'adulto è quasi sempre *secondaria* o almeno concomitante a disturbi dispeptici e non è sempre necessario far intervenire, nella sua genesi, l'isterismo o la nevrastenia. I dispeptici aerofagi sono numerosi, e se non si pensa alla possibilità di questo sintoma si rischia sovente di passare accanto alla diagnosi senza addarsene.

***

Il termine di aerofagia non ha oltre 30 anni — fu creato nel 1891 da Bouveret — ma per compenso ha dato origine a una ricca letteratura — bene discussa in una monografia di H. Mauban — che forse ha complicato una questione semplice e piana: è stata illustrata come sintoma delle fistole esofago-tracheali (Adenot e Cadet) e si è scritto persino sulla patologia comparata dell'aerofagia, e il Pécus ha notato che esiste una somiglianza completa fra quella del cavallo e l'umana!

E se desidero intervenire in questo campo si è per accennare ad alcune osservazioni che avevo fatto studiando — in una serie di esperienze iniziate prima della guerra e che riprenderò in tempi migliori — i *riflessi delle prime vie aeree e digerenti;* me ne fornisce il destro la lettura dell'interessante, dotto e documentato lavoro del Ceconi: *Della pneumatosi gastrica e delle sue conseguenze sul cuore* e *sul respiro* (*Policlinico*, sezione medica, 1° maggio 1918).

Scrive adunque il Ceconi: «L'aerofagia, almeno secondo l'esperienza mia negli ospedali militari, s'incontra con una frequenza davvero impensata. Io mi son fatta una classificazione delle sue varie forme che mi sembra risponda meglio di altre. Oltre la *forma spasmodica* o *isterica* che rappresenta la varietà più nota e clamorosa ad un tempo, e prima degli studi di Hayem, anche l'unica ammessa, si deve distinguere:

a) una *forma abitudinaria* dell'aerofagia, la quale contempla quei soggetti che hanno l'abitudine di sorbire gli alimenti, massime se liquidi, e riescono in questa maniera a introdurre inavvertitamente, durante i pasti, una notevole quantità d'aria nello stomaco. Com'è noto, dopo gli esperimenti di Federn, anche con le profonde inspirazioni s'introduce aria nello stomaco, ma con tutta probabilità cotesto meccanismo interviene raramente in patologia;

b) una *forma sialofagica*, considerata anche da Hayem, la quale si riferisce a quei soggetti che presentando una forte salivazione sono costretti a frequenti deglutizioni e introducono così di continuo inavvertitamente aria nello stomaco. Com'è noto, costoro spesso sono anche dei dispeptici più o meno conclamati, spesso ma non sempre;

c) una *forma professionale*, la quale rappresenta una esagerazione voluta della abitudinaria e della sialofagica, della seconda anzitutto, ma che può manifestarsi da queste anche indipendente; sfruttata nella vita militare di regola a scopo di simulazione».

In questo elenco tassinomico e patogenetico non si ha cenno di un'altra forma di aerofagia, che io ritengo debba essere non infrequente: quella dipendente da stenosi od ostru-

zione nasale o, comunque, da disturbi a carico del naso-faringe. Ne avevo toccato nel mio *Manuale di oto-rino-laringoiatria*, ove, trattando delle generalità sulle malattie della faringe, è detto (pag. 422): « Volkmann osservò che in questi casi molte sofferenze gastriche sono prodotte dall'aria che viene deglutita in quantità (aerofagia di Bouveret); molti di questi individui divengono aerofagi perchè deglutiscono costantemente la loro saliva o delle mucosità naso-faringee. Conseguenza dell'aerofagia faringo-esofagea è talora la dilatazione dell'esofago, che clinicamente si traduce con una specie di vomito acquoso, accompagnato da eruttazioni intense e prolungate e da secrezione esagerata delle glandole faringo-esofagee ».

Lo studio grafico dei riflessi delle prime vie aeree e digerenti e l'esame dei vari tempi della deglutizione, mediante cibi opachi ai raggi X, allo schermo radiografico, hanno meglio precisato la patogenesi dell'aerofagia di origine naso-faringea. Nel momento della deglutizione (primo tempo) si ha sospensione momentanea del respiro, chiusura della glottide, innalzamento della faringe e della laringe, proiezione della lingua in dietro e in alto, chiusura del naso-faringe per l'elevarsi brusco del velo palatino, animato dalla propria muscolatura e sospinto dalla lingua e dal bolo alimentare. In tutti questi movimenti del primo tempo della deglutizione — tale designazione ha per noi solo un significato cronologico, senza aderire ai concetti di Magendie e di Kroneker — tutta l'aria della bocca e della faringe viene proiettata nel cavo naso-faringeo e separata dal sepimento del velo dalla cavità virtuale della faringe. Quando gli alimenti passano nell'esofago (secondo tempo) si produce il rilasciamento del velo e una corrente inversa di aspirazione verso l'esofago, per il vuoto stesso che il bolo o il sorso di liquidi lascia nel suo corso.

In condizioni normali, l'aria che nel primo tempo, al sollevarsi del velo, è proiettata con violenza verso il naso-faringe, sfugge per le fosse nasali, sotto una certa pressione, capace di aprire le tube eustachiane; ma se le fosse del naso sono ostruite in grado più o meno cospicuo, una parte di quest'aria non potrà essere contenuta nel naso-faringe — che già contiene la sua — e vincendo la resistenza del velo sarà deglutita con il bolo. All'istante del rilasciamento o caduta del velo, l'aria che era sotto pressione maggiore della normale nel cavo e nella volta della faringe, al di sopra del velo, affrettando la sua discesa per la *vis a tergo* avrà tempo di essere trascinata dalla aspirazione che esplica il bolo nel passare nell'esofago, raggiungendo con essa lo stomaco: in ciò consiste la vera aerofagia.

Quando l'aria raccolta nello stomaco ha raggiunto un certo volume, si hanno diverse eventualità:

a) può accadere che i gas siano espulsi per semplice contrazione dell'organo;

b) che sia necessario fare pressione sullo stomaco, mediante un'inspirazione profonda, che fa discendere il diaframma, mentre la contrazione dei muscoli addominali funge da torchio esterno;

c) il soggetto compie numerosi movimenti di deglutizione per aggiungere nuova aria a quella già contenuta nello stomaco; quella, aumentando la tensione intragastrica, vincerà la resistenza del cardias, risalendo con grande violenza e sonorità, come accade nel *morbus ructuosus* dei nevropatici.

Questi fatti sono stati talora erroneamente interpretati; così le profonde inspirazioni di cui è cenno nel secondo paragrafo hanno fatto ritenere che l'infermo aggiungesse aria allo stomaco, mentre in realtà si tratta di una compressione del sacco gastrico a mezzo dei polmoni e del diaframma.

L'aerofagia ha certamente origine svariata e molteplice; ma non di rado, col meccanismo da noi descritto, è legata a lesioni organiche e funzionali delle prime vie respiratorie, a ostruzione nasale permanente, a rinofaringiti croniche, atte a indurre stenosi parziali e temporanee delle fosse nasali.

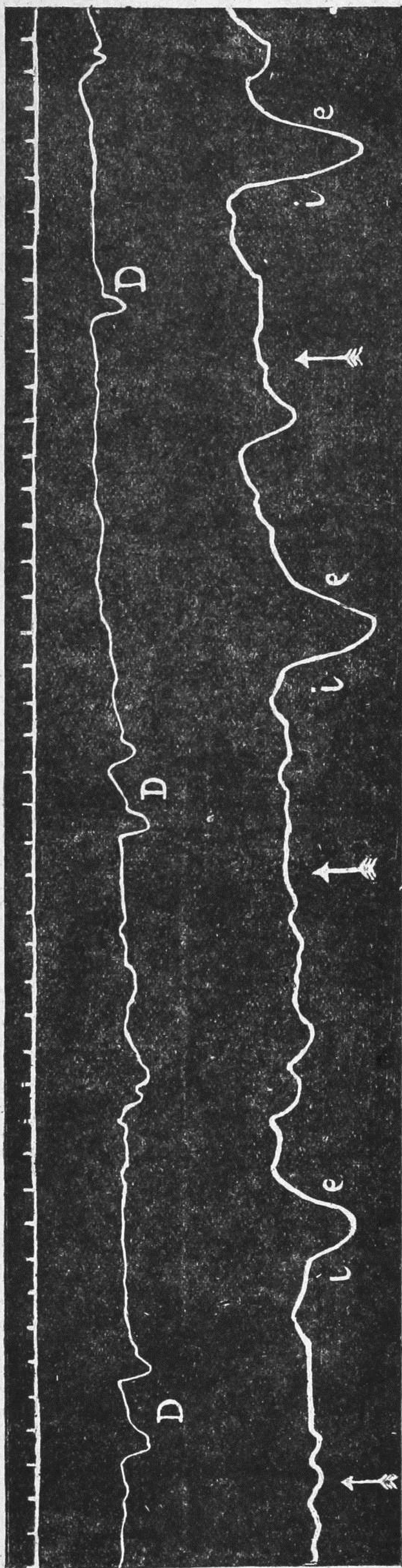
La riprova di ciò si ha nel fatto della guarigione di molte *dispepsie flatulente* dopo interventi intranasali o una cura del tratto faringeo; o della scomparsa di aerofagie spasmodiche, a carattere periodico, coincidenti con attacchi di rinofaringite, con la soppressione di questi.

Alle forme elencate, dunque, dal Ceconi dobbiamo aggiungere un'aerofagia di origine naso-faringea.

***

Dalla considerazione dei fatti esposti in questa breve nota si può risalire all'esame di interessanti correlazioni funzionali tra il primo tratto dell'apparato digerente e quello respiratorio e circolatorio, correlazioni che possono giovare anche alla interpretazione dei fenomeni da noi studiati.

È di nozione banale e profana che, per un mirabile congegno, la glottide si chiude nel momento in cui s'inghiottisce; e un istinto



La curva superiore è data dai movimenti della laringe; in D avviene la deglutizione, che si inizia in corrispondenza della faccia.
Il tracciato inferiore raccoglie il respiro toracico.

provvido vuole che non respiriamo nell'atto della deglutizione. Meno noto si è che ogni movimento di deglutizione è immediatamente seguito da un'espirazione per le fosse nasali, a cui naturalmente segue l'atto inspiratorio. Raccogliendo dei tracciati mediante un doppio tamburo di Marey applicato a livello dello scudo tiroideo (secondo una tecnica da me descritta altrove, per ricerche di diverso ordine), che trascrive sul chimografo i movimenti della laringe e quindi anche le sue funzioni durante la deglutizione, e nel contempo registrando la respirazione, ho notato questo fatto costante, osservazione che poi, spogliando i giornali, trovai già raccolta, con altri mezzi (manometro ad acqua, specchio dinanzi alle narici) da Gellé nel 1901. S'intende come l'ostruzione più o meno completa delle fosse nasali negli adenoidei o nelle riniti ipertrofiche si opponga al passaggio di questo soffio respiratorio, che deve avvenire allora per la bocca, donde i rumori, come russanti e gorgoglianti, abituali in questi malati al momento della deglutizione.

Meltzer (1883) ha rilevato nell'uomo un accelerarsi del polso durante la deglutizione. Wertheimer e Meyer (1890) hanno descritto dopo l'accelerazione in un primo tempo un rallentamento secondario, dimostrando che questi fenomeni erano dovuti a un'associazione funzionale tra i centri bulbari. Infatti, se nel cane si produce una energica ventilazione polmonare e si pone in tal guisa in apnea, la deglutizione non è più accompagnata da rallentamento del polso.

L'influenza esplicata dalla deglutizione sul ritmo cardiaco è stata utilizzata in terapia; si è notato che in certi ammalati affetti da tachicardia parossistica, l'ingestione di decotti e specialmente di *cachets* voluminosi (Vaquez) modera l'acceleramento del cuore, qualunque sia la loro composizione.

Il fascicolo 11 (15 novembre 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. Dott. Luca Fioravanti: *Contributo all'etiologia dell'infezione putrida gassosa e non gassosa delle ferite di guerra.*

II. Prof. Angelo L. Soresi: *Anastomosi intestinale obliqua.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Di un caso di rottura traumatica di milza normale e di strappamento del peduncolo vascolare all'ilo della ghiandola

per il dott. BERNARDINO MASCI,
aiuto chirurgo interino negli Ospedali di Roma.

È un fatto noto che le milze alterate patologicamente (malaria, leucemia, ileotifo, tubercolosi miliare, febbre ricorrente, ecc.) diventano talmente friabili da esser lese relativamente spesso da cause traumatiche, specialmente in caso di contusioni dell'ipocondrio sinistro. Le lesioni sottocutanee più frequenti sono le rotture: Berger ha raccolto 208 lesioni da corpi ottusi, di cui 44 sono rappresentate da semplici contusioni e 264 da rotture. Qualche volta è stato sufficiente un trauma minimo per determinare la rottura di una milza patologicamente alterata: per esempio, Wittmann e Chrostowski, Collin, Vincent, Catrin ed altri hanno riferito che in tifosi, in malarici, in individui cachettici con tumore splenico, è bastata la semplice palpazione dell'organo per determinarne la rottura; qualche volta questa s'è verificata in seguito ad uno starnuto violento (Sielberstein), ad un veemente accesso di vomito (Kernig), ad un semplice colpo di tosse (Choux), durante gli sforzi ecbolici del parto (Savor), in feti affetti da eredolue *intra partum* (Steffen), Charcot, Parrot), ecc.

La rottura di una milza sana rappresenta, al contrario, un'evenienza estremamente rara, ed occorrono di regola traumi molto gravi e direttamente agenti sulla regione splenica (urti, calci, travolgimenti sotto veicoli, schiacciamenti, ecc).

Non credo perciò di far cosa vana se riferisco qui brevemente su di un caso occorso nell'ospedale di S. Spirito, in cui non solo si è avuto, per trauma indiretto, rottura di milza normale, ma questa per di più si è trovata completamente distaccata dal suo peduncolo vascolare all'ilo.

La sera del 10 giugno corr. a., verso le ore 20, viene trasportata al posto di medicazione una giovine formosa, Z... T..., che, pochi minuti prima, in una via prossima all'ospedale, s'era buttata dalla finestra di casa a scopo suicida. Essa presenta un'ampia ferita lacero-contusa dei tegumenti della fronte, presso il sopracciglio sinistro, da cui geme molto sangue e attraverso alla quale si vede il tavolato esterno dell'osso frontale denudato del periostio; la guancia sinistra è estesamente escoriata; il labbro superiore è fessurato sulla sua superficie interna; sulla regione trocanterica sinistra si nota una lieve ecchimosi. Il viso della disgraziata è pallido; la respirazione frequente, irregolare; il polso piccolo e frequente; la conoscenza quasi completamente abolita, senza però che le linee del volto presentino alcun segno di deviazione paralitica; di tratto in tratto agitazione delirante. L'esame del sistema scheletrico, specie delle ossa del bacino, non lascia apprezzare alcuna lesione: una sonda di Nélaton introdotta in vescica riporta urina limpida. Alla palpazione dell'addome non si provoca nessuna reazione nè locale nè generale; a carico del torace non si rinviene neppure nulla. Si disinfettano e suturano le ferite del volto, si iniettano 20 cmc. di siero antitetanico e si prescrive: dieta assoluta, decubito a testa bassa, iniezioni di etere, caffeina e olio canforato.

L'inferma, rivista un'ora più tardi, seguita ad avere il viso pallido e le labbra scolorite, s'è fatta più agitata, vomita, il polso persiste debole e frequente. Si pensa alla possibilità di un'emorragia interna, si porta speciale attenzione all'esame dell'addome, ma non si riesce a stabilire nulla di concreto, per il fatto che persiste lo stato d'incoscienza che continua per tutta la notte.

Alle sette del mattino seguente si ritrova l'inferma nelle medesime condizioni gravi: essa non s'è affatto riavuta dallo *shock*. Il volto è sempre pallido, ma non presenta alterazioni speciali; vi è angoscia respiratoria; il polso si mantiene molto frequente (120 pulsazioni) e debole; persistono l'agitazione e il delirio. All'esame, praticato dal chirurgo primario, si assoda che l'addome è diffusamente dolente alla palpazione, specie quando si approfonda la mano nel fianco e sotto l'ipocondrio sinistro, dove si provoca viva contrattura dei muscoli. La diagnosi di emorragia addominale interna s'impone senza alcun dubbio, e per il duplice fatto dell'esistenza di lesioni esclusivamente sulla parte sinistra del corpo e del prevalere dei sintomi clinici a carico del fianco e dell'ipocondrio dello stesso lato si pensa alla possibilità della rottura della milza.

Alle ore otto s'interviene chirurgicamente (operatore il prof. Ferretti). Narcosi eterea. Incisione laparotomica leggermente curvilinea sul margine esterno del muscolo retto sinistro. Aperto il peritoneo, si trova la cavità addominale inondata di sangue di colorito rosso-scuro, solo in minima parte coagulato. Si porta speciale attenzione alla loggia splenica, si deterge del poco sangue in essa raccolto, si afferra la milza, che con una facilità estrema si lascia lussare in fuori dell'incisione laparotomica, senza nessun altro taglio complementare. Essa è rotta nel polo inferiore e la lesione è così grave che si ritiene indispensabile la splenectomia. Nel mentre pratica questa, l'operatore si accorge che dei mezzi di fissità dell'organo non rimane che il legamento freno-splenico e che il peduncolo vascolare è completamente distaccato dalla ghiandola e retratto. Lo si ricerca (da esso non geme affatto sangue) e si lega. Si rimuove quindi il sangue che si era versato nella cavità peritoneale, e, quando si è sicuri di una perfetta emostasi, si procede alla ricostituzione totale della parete addominale con triplice strato di sutura. Durante l'operazione

si pratica una fleboclisi di 300 cmc. di soluzione fisiologica.

La milza è solcata da più fenditure nel polo inferiore: alcuni frammenti grandi quanto ciliegie sono completamente staccati da essa. La sua forma, la sua grandezza, la sua consistenza, il suo colore sono normali: pesa appena 120 grammi. I vasi sono lacerati proprio nel punto in cui si approfondavano nel parenchima: i vasi venosi intraparenchimali sono trombizzati.

L'inferma nel giorno successivo all'operazione appare migliorata: la frequenza del polso è scesa a 110 pulsazioni e l'ampiezza è maggiore, il respiro è più tranquillo, il viso più colorito, l'addome trattabile, la temperatura normale. Senonchè all'indomani essa improvvisamente si aggrava e muore 60 ore dopo l'operazione, non certo per anossiemia, ma molto probabilmente per qualche altra lesione interna prodottasi contemporaneamente a quelle riscontrate e sfuggita all'indagine clinica. La pietà dei parenti non ha permesso che sulle carni della povera morta si approfondasse il coltello del necroscopo e perciò la *causa mortis* rimane avvolta nel mistero.

Il caso esposto dà l'opportunità di fare alcuni rilievi e alcune considerazioni, che non credo privi di un certo interesse.

Prima d'ogni altro noterò che nella paziente in parola la lesione della milza aveva determinato lo *shock* e il colpo sulla testa aveva prodotto la commozione cerebrale, aggravata dallo stato ischemico del cervello per l'emorragia addominale interna. E fu la commozione cerebrale, lo stato d'incoscienza, che non fece riconoscere in primo tempo la lesione endo-addominale, poichè mancava nell'inferma la percezione di quei sintomi e quindi quelle modalità di reazione che avrebbero potuto condurre precocemente all'esatta diagnosi. Si diagnosticò lo *shock*, il quale si sa però che non ha significato di una lesione certa dei visceri addominali: esso rivela la commozione del grande simpatico. Non siamo forse abituati a vedere *shock* gravissimi nelle semplici contusioni senza rotture viscerali, e viceversa mancare lo *shock* in casi in cui queste rotture esistevano?

In queste condizioni non c'è da fare altro che aspettare, poichè si sa che se lo *shock* si dissipa in poco tempo col sussidio della cura, molto probabilmente è solo espressione di una semplice commozione nervosa; quando, invece, persiste a lungo od anzi si aggrava malgrado le cure, quasi sicuramente è indice di una lesione viscerale: se poi il polso si fa filiforme e si accelera, il volto impallidisce senza alterarsi, le mucose si scolorano, se vi è angoscia respiratoria, raffreddamento delle estremità, un po' di agitazione e delirio, si ha completo il quadro delle abbondanti emorragie interne.

Dunque, tornando al concetto che mi proponevo di fissare, volevo dire che se non vi fosse stata la commozione cerebrale, la diagnosi precisa si sarebbe potuta fare assai prima, poichè ci saremmo accorti dagli altri sintomi (dolore localizzato all'ipocondrio sinistro, reazione peritoneale) che sotto lo *shock* si nascondevano i sintomi di un'emorragia interna da probabile rottura splenica.

Un altro fatto degno di nota è la rottura di una milza di forma e grandezza normali; non solo, ma senza che vi fossero tracce di contusione sull'ipocondrio sinistro: la pelle non era ecchimosata nè vi era infiltrazione sanguigna dei tessuti molli; nessuna costola era fratturata; nel seno pleurico complementare mancava l'ottusità rivelatrice di un versamento ematico.

Eppure si sa che per determinare la rottura di una milza normale occorrono traumi intensi e che agiscano sulla parete toracica in corrispondenza della 8ª-11ª costa: si sa pure che come complicazioni frequenti si rinvengono ferite simultanee nel rene e nel polmone. Nella nostra paziente, come abbiamo detto, nessuna traccia di contusione e quindi di trauma diretto si è riuscito a scoprire a carico del torace e del fianco sinistro. Si può per questo escludere che effettivamente ci sia stato l'urto? Io penso che più fattori abbiano contribuito a determinare la splenorressi: penso che la milza abbia subìto una violenta compressione da qualche corpo ottuso agente sulla parete toracica, per modo che, immobilizzata contemporaneamente dai suoi mezzi di fissazione anatomica, presa fra il diaframma e i muscoli della parete toracica contratturati, sia stata come schiacciata fra le coste ed i corpi vertebrali e momentaneamente sgusciata dalla sua loggia, per cui si è avuto non solo la rottura del parenchima, ma anche lo strappamento di quasi tutti i leperficie dell'organo e retratti. Il peduncolo vascolare. Infatti l'omento gastro-splenico, l'epiploon pancreatico-splenico con i vasi (ad eccezione della sua estremità superiore che forma il legamento sospensore della milza), il legamento freno-colico erano strappati dalla superficie dell'organo e retratti. Il peduncolo vascolare era breve e stretto, tanto che si riuscì a comprenderlo fra i morsi di una sola pinza di Kocher: questa particolarità anatomica deve aver certamente contribuito a determinarne lo strappamento. Stomaco e intestini erano vuoti, lontani dal periodo digestivo, e perciò avevano potuto sfuggire all'azione traumatica.

Un'altra particolarità degna di nota è che l'emostasi s'era fatta spontaneamente e completamente dai vasi lacerati. Tanto dalla superficie di rottura della milza quanto dal pe-

duncolo vascolare all'atto dell'intervento operatorio non gemeva affatto sangue. La milza aveva perduto le sue connessioni vascolari, i vasi nello strappamento avevano subìto l'ostruzione per aggrovigliamento delle tuniche: di qui l'emostasi spontanea; fatto questo meraviglioso e fortunato per l'inferma, altrimenti per profusa emorragia dall'arteria splenica si sarebbe avuto la morte in pochi minuti. Io penso che del sangue (che non era poi eccessivo) si sia versato nella cavità addominale solo in primo tempo, subito dopo il trauma, e che una volta avvenuta l'emostasi questa sia stata permanente, sopratutto per il fatto che le condizioni generali dell'inferma non si andarono aggravando, anzi si ebbe un miglioramento per quel che riguardava la commozione cerebrale. Emostasi precaria, s'intende, che avrebbe potuto cedere più o meno presto per dar luogo ad un'emorragia secondaria. Se questo mio modo di ragionare corrisponde alla verità, si viene ad ammettere che l'intervento operatorio, pur ritardato di dodici ore, non ha portato nessuna conseguenza dannosa, perchè l'emostasi s'era fatta spontaneamente fin da principio: inoltre esso, anche tardivamente, era necessario per due motivi: 1° per rendere stabile e sicura una emostasi incerta e precaria; 2° per rimuovere un organo, come la milza, che sicuramente sarebbe andato incontro allo sfacelo per aver perduto ogni sorgente nutritiva. Si sa infatti che per l'obliterazione di un ramo dell'arteria si ha necrosi di quel segmento di ghiandola che ne è irrigato, e che per l'allacciatura di essa (per ferita o allo scopo di ottenere l'atrofia di un tumore) o per la torsione del peduncolo vascolare si determina necrosi di tutto l'organo.

Senza insistere su altri particolari, concludo dicendo che scopo precipuo di questa nota è di richiamare l'attenzione sulla particolarità della lesione anatomica della milza. Dunque, non solo si è avuto rottura di una milza sana, di grandezza normale, per un trauma che non ha lasciato alcuna traccia sulla parete toracica, ma si è avuto — e questa particolarità non ha riscontri nella letteratura medica — lo strappamento completo del peduncolo vascolare con trombizzazione dei vasi.

Riepilogando, il caso mi sembra sopratutto interessante:

1° perchè commozione cerebrale e *shock*, sommandosi, non hanno fatto riconoscere in primo tempo la rottura di un organo parenchimatoso, come la milza;

2° perchè si è avuto la rottura di una milza perfettamente sana;

3° perchè sulla parete toracica e sugli organi circonvicini alla milza non si sono riscontrate tracce di un trauma diretto;

4° perchè, oltre la rottura splenica, si è avuto lo strappamento completo del peduncolo vascolare;

5° perchè si è avuto emostasi rapida e spontanea dei vasi costituenti il peduncolo vascolare.

Roma, giugno 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Le malattie nervose della vecchiaia.

(NEUSTAEDTER. *Medical Record*, 16 marzo 1918).

Le malattie del sistema nervoso centrale e periferico nella vecchiaia possono essere primarie, quando il tessuto parenchimatoso è primitivamente e direttamente leso, o secondarie, quando le alterazioni parenchimatose dipendono da lesioni vascolari. Però questa distinzione in buona parte dei casi non è molto netta.

Nella senilità normale il tessuto nervoso subisce un processo di leggero deterioramento: il cervello si raggrinza, la sostanza corticale diventa più sottile, i solchi si fanno meno profondi, e questo raggrinzamento è volumetricamente compensato da un aumento del liquido ventricolare e subaracnoideo. Nel midollo spinale e nei nervi periferici molte guaine midollari scompaiono. Se queste alterazioni neuroniche si accentuano esageratamente si hanno stati patologici con complessi sintomatici più o meno gravi a seconda della diffusione locale o generale delle alterazioni anatomiche.

Analoghe forme patologiche possono essere determinate dalle alterazioni vascolari. Le arterie cerebrali diventano tortuose ed irregolari, le pareti si inspessiscono ed il lume vasale diventa proporzionalmente più piccolo fino alla completa occlusione. I disturbi della circolazione dipendenti da queste alterazioni determinano una deficiente nutrizione della sostanza cerebrale irrorata dai vasi rimpiccioliti od occlusi con la conseguente encefalomalacia. Gli aneurismi d'altra parte determinano un aumento della pressione intracranica e conseguente degenerazione del tessuto cerebrale.

Le sindromi dipendenti da queste lesioni vascolari sono spesso scambiate con la neurastenia, l'isteria, la meningite cronica ed anche col tumore cerebrale.

I sintomi generali in rapporto a questo stato sono la debolezza generale, la diminuzione o la perdita della memoria, il mutamento di carat-

tere e l'irritabilità e l'instabilità mentale. I sintomi speciali più frequenti sono: una particolare iperestesia dei vecchi non limitata alla sola pelle, e le vertigini, che costituiscono uno dei sintomi più molesti dell'endoarterite cronica. Grasset ha identificato due specie di vertigini, le semplici e le vertigini con crisi epilettiformi e quelle con polso raro ed attacchi sincopali epilettiformi.

Le sindromi speciali dipendenti da alterazioni secondarie del cervello hanno un quadro diverso a seconda della porzione encefalica compromessa: emiplegia, diplegia, afasia motoria e sensoria, sordità, cecità, astereognosi, apraxia, ecc.

La così detta paraplegia senile è dovuta ad alterazioni midollari secondarie che determinano la sintomatologia di una mielite trasversa: si ha una paralisi spastica di ambo gli arti inferiori con esagerazione dei riflessi, clono, fenomeno di Babinski, incontinenza o ritenzione di urina e di feci.

Una emorragia in un segmento del midollo spinale provoca la sindrome di Brown-Séquard. Non sono rari i casi di rammollamento midollare con paralisi ed anestesia ad ambo gli arti inferiori.

Un'origine analoga hanno alcune forme di tremori senili, coreiformi, atetosici ed intenzionali che talvolta accompagnano l'emiplegia.

Il morbo di Parkinson è un'affezione nervosa della senilità. Anatomo-patologicamente questa malattia può dividersi in quattro gruppi:

1° Endo- e periarterite con alterazioni infiammatorie dell'avventizia e della nevroglia secondarie o simultanee. Questi processi, che sono diffusi a tutto il sistema nervoso, sono accentuati nel midollo e determinano alterazioni secondarie delle cellule della corteccia, dei gangli basali e del midollo.

2° Alterazione primitiva delle cellule nervose dei corni anteriori, della colonna di Clarke, della corteccia motoria ed anche delle cellule cerebellari.

3° Alterazioni del tessuto muscolare: atrofia e degenerazione grassa delle fibre con proliferazione del tessuto interstiziale.

4° Reperto anatomo-patologico perfettamente negativo.

Il complesso sintomatico parkinsoniano è per altro schiettamente senile, ed anche quando esso si verifica in altri periodi della vita in conseguenza di un trauma, o complicato ad emiplegia, bisogna considerarlo come l'espressione di una senilità precoce.

L'epilessia e la corea senile sono in realtà l'espressione di focolai arteriosclerotici, encefalomalacici o emorragici, distribuiti su larga zona ed irritanti le aree motorie corticali o subcorticali.

La polineurite senile colpisce di regola i nervi midollari e raramente quelli cranici. La etiologia di quest'affezione non è ancora ben definita; alcuni autori le attribuiscono una base arteriosclerotica, altri la mettono in rapporto con una carcinomatosi miliare dei nervi periferici. Questa malattia si inizia insidiosamente e non è accompagnata, come la polineurite dei giovani, da intense manifestazioni dolorose. Si ha debolezza ed intorpidimento delle estremità, seguita da paralisi progressiva. In molti così c'è atrofia e reazione elettrica degenerativa, abolizione dei riflessi. Malgrado l'età, l'affezione in genere guarisce.

Le neurosi vasomotorie e trofiche, l'acroparestesia, il morbo di Raynaud, l'eritromelalgia, la sclerodermia sono state, per quanto raramente, constatate nella vecchiaia, ma non sono caratteristiche di questa età nè assumono in essa un decorso particolare.

Sono stati descritti dei casi di isterismo nei vecchi, ma è lecito dubitare si sia trattato di stati iniziali di psiconeurosi senile.

La influenza della senilità sulla psiche è in rapporto ad un rallentamento del potere funzionale della corteccia cerebrale dipendente dalla involuzione patologicamente intensificata. Questa involuzione senile riguarda da una parte direttamente gli elementi nervosi e dall'altra parte l'arteriosclerosi che ne disturba la nutrizione. I pazienti diventano egocentrici, perdono ogni sensibilità a comprendere e a compatire le sventure degli altri. Tutto il loro interesse si concentra sui propri bisogni corporali e sulla propria felicità. Il potere di associazione delle idee è perduto e così la facoltà di giudicare per analogia sulle esperienze passate ed attuali. La loro memoria ritentiva si indebolisce progressivamente e così la memoria di fissazione. Negli individui costituzionalmente psicopatici ed in quelli che durante la vita soffrirono molte malattie con conseguente diminuzione del potere di resistenza, possono manifestarsi varie psicosi. Queste psicosi senili possono assumere la forma di demenza, di paranoia incoerente o allucinatoria, di malinconia o di psicosi ansiosa. Tutte le forme sono accompagnate da vertigine, ma il fenomeno essenziale è il decadimento intellettuale.

Una forma speciale di psicosi senile è la presbiofrenia di Alzheimer. Questa malattia comincia con una graduale perdita della memoria ritentiva, disorientamento, irrequietezza, illusioni, allucinazioni, periodi di confusione, pa-

rafasia, indebolimento mentale progressivo e termina con demenza completa, spasticità delle gambe. L'affezione è anatomo-patologicamente caratterizzata da atrofia di alcune zone cerebrali, arteriosclerosi dei piccoli vasi e placche miliari di sclerosi disseminate nella corteccia cerebrale.

DR.

CHIRURGIA.

Operazioni radicali nel cancro della seconda metà dell'intestino crasso, escluso il retto.

(WILLIAM J. MAYO. *Journ. of the Amer. Med. Association*).

Con i moderni metodi la chirurgia addominale ha fatto grandi progressi, sicchè più non ne spaventa la mortalità, che si è vista scendere al 2 o 3 %. Tuttavia la mortalità media tende leggermente ad aumentare in quest'ultimo tempo, per due ragioni: che si escludono oggi delle operazioni a esito sicuro ma non necessarie, e che, d'altra parte, si aggrediscono dei casi gravi che la tecnica prima era incapace ad assolvere. Abbiamo imparato che anche con i metodi più accurati l'esame preoperatorio porta al 10 % circa di errori diagnostici: è quindi necessaria, a meno di esplicite contro-indicazioni, un'esplorazione accurata della cavità addominale, il che ci permette anche di svelare delle malattie concomitanti, e praticare quindi in un solo intervento ciò che avrebbe richiesto due operazioni. È vero che le statistiche di mortalità sono ridotte di una metà quando il numero delle operazioni è raddoppiato, ma si tratta di una riduzione apparente, che si risolve in un disturbo assai maggiore per il paziente. È vero poi che questo metodo della laparotomia esplorativa non è troppo scientifico e sarebbe desiderabile che la patologia ci fornisse prima una diagnosi esatta; ma poco importa al malato, purchè esso ne abbia giovamento, che questo provenga dalla rimozione dell'appendice, di calcoli biliari o di un'ulcera dello stomaco.

Nei casi maligni un altro problema degno della massima attenzione è quello dell'operabilità: se questa è mantenuta bassa si ha anche una bassa mortalità e un'alta percentuale di guarigioni; e, viceversa, quanto più grande è il numero di pazienti operati su cento esaminati, tanto più alta è la mortalità, perchè ricavata da un gruppo di casi avanzati in cui il rischio dell'operazione è grande e la percentuale di guarigioni bassa. Ma con tale sistema si aumenta in definitiva il numero dei pazienti che vengono guariti.

Dal 1898 al 1915 vennero eseguite nella clinica di Rochester 419 resezioni del crasso, con il 14.5 % di mortalità. In 184 si trattava della metà sinistra del colon e si ebbe il 17 % di mortalità; la quale fu invece del 12.5 nei casi in cui era presa la metà destra. La differenza è dovuta al carattere meno settico del contenuto liquido del colon destro riguardo a quello solido del colon sinistro, e alla maggior sicurezza dell'ileo-colostomia che si pratica a destra, rispetto ai vari metodi di riunione dopo la resezione del colon siinstro.

Su 100 pazienti presentatisi, in 62 fu praticata la resezione; negli altri 38 la malattia fu ritenuta inoperabile al momento dell'esame e dopo l'esplorazione addominale. L'A. si propone di aumentare sempre più l'operabilità, sebbene ciò possa condurre a un aumento della mortalità operatoria, che potrà essere in parte compensato da miglioramenti di tecnica.

CONSIDERAZIONI TECNICHE.

1. Incisione ampia nel mezzo del retto di sinistra; legare sopra e sotto i vasi epigastrici profondi e tagliare fra le due legature.

2. Esplorazione accurata della cavità peritoneale e degli organi in essa contenuti per scoprire le possibili metastasi.

3. *Mobilizzazione.* — Ricordando che l'intestino crasso è in origine assai vicino alla linea mediana, a sinistra, e relativamente tardi assume la sua posizione tutt'attorno alla circonferenza esterna della cavità addominale, è facile comprendere che i suoi attacchi esterni non contengono tessuti importanti: citiamo solo l'angolo splenico, mantenuto dal legamento splenocolico, che contiene un vaso che deve essere legato, e la connessione del mesocolon pelvico nella donna col legamento largo di sinistra, dove pure esistono dei vasi che vanno ricercati ed allacciati. Ciò per quel che riguarda i rapporti all'esterno. Posteriormente dovrà essere identificato e separato l'uretere sinistro; il quale, talvolta, per i suoi intimi rapporti con la massa neoplastica, sarà necessario resecare, riunendone poi i monconi capo a capo, ovvero impiantandone il moncone superiore sulla vescica, o, infine, legando ed abbandonando i due monconi, a seconda della possibilità: quest'ultima eventualità non ha avuto alcuna conseguenza dannosa, nè è stato necessario praticare in seguito una nefrectomia. Dal suo canto in un caso è stata necessaria, e anche qui senza conseguenze, l'asportazione del rene sinistro, per lo stesso motivo. L'uretere destro deve essere identificato, ma raramente lo si trova coinvolto. Non infrequenti sono delle aderenze anche vaste alla parete addominale: in tali casi l'A. non ha esitato

a eseguire abbondanti resezioni di tessuto, senza che ciò si risolvesse in un aumento della mortalità operatoria.

Riassumendo, è consigliabile liberare il colon dalle sue aderenze all'esterno e sollevarlo resecando con esso in un sol pezzo tutti i tessuti invasi. Speciali difficoltà offre una tale dissezione quando fu fatta in precedenza una laparotomia esplorativa o quando fu praticata una colostomia: anche in tali casi la dissezione verso l'esterno si presenta sempre relativamente facile.

Mobilizzata così quella parte del colon su cui è impiantato il tumore, essa può esser facilmente esteriorizzata e posta in luce. I vasi sanguigni sono rapidamente identificati e legati. Il sistema linfatico in questa regione è, fortunatamente, scarso, e da ciò dipende essenzialmente il successo di queste operazioni; nel 60 % dei casi mortali i pazienti morirono per varie cause, prima che i gangli fossero invasi; frequentemente, dopo estese dissezioni, l'A. ha esaminato microscopicamente le ghiandole che apparivano ingorgate e ha constatato che ciò dipendeva dalla sepsi e non dal carcinoma.

Resezione degli altri organi invasi. — Se, come abbiamo visto, è all'esterno non difficile la mobilizzazione del colon, non va passato sotto silenzio che all'interno spesso si presentano aderenze del tenue il quale, come, più raramente, il suo mesentere, può essere invaso dal neoplasma. Ciò non costituisce una condizione di inoperabilità. L'A. ha avuto pazienti con guarigione di cinque anni in cui aveva resecato da una a tre anse di tenue. L'esperienza ha dimostrato che in queste resezioni qualunque metodo di anastomosi è buono: in questi ultimi tempi l'A. è stato più propenso a quella termino-terminale, con una sutura continua al catgut protetta da qualche punto staccato di seta sulle pareti muscolo-peritoneali. I monconi delle anse che rimangono attaccate al tumore colico vanno schiacciati, legati e cauterizzati.

Nei tumori bassi del sigma non raramente è invasa la parete posteriore della vescica, di solito nelle sue due tuniche esterne, sierosa e muscolare: parecchie volte l'A. ne ha praticato la resezione, eseguendo poi una sutura continua al catgut con qualche punto staccato di protezione, senza averne avuto mai alcun incidente.

L'invasione delle ovaie, delle tube e dell'utero ha conseguenze poco importanti: l'A. ne ha eseguito la resezione partendo da una incisione trasversale sul collo e risalendo in alto in modo da lasciare tutta la massa aderente al tumore. Una speciale attenzione meritano le ovaie perchè esse sono la sede più frequente del trapianto neoplastico, probabilmente perchè ogni ovulazione apre una superficie non protetta.

Piuttosto frequente è l'aderenza al tumore dell'appendice mentre occasionalmente è attaccato il cieco: la rimozione dell'uno ed eventualmente dell'altro organo può essere eseguita rapidamente e senza pericolo.

Escissione del colon invaso e ristabilimento della funzione. — Ottenuta l'esteriorizzazione del viscere leso, il comportamento ulteriore dipende da due circostanze: dalla preparazione più o meno buona cui si è fatto sottostare il paziente, e dall'esistenza o no di ostruzione. Visto che le feci liquide hanno gli organismi più attivi, non è opportuno vuotare l'intestino entro le ventiquattro ore precedenti, ma almeno quarantotto ore prima. Quanto all'ostruzione, essa, anche se moderata, permette di rado una resezione primaria: occorre prima toglier di mezzo l'ostruzione, sia con una cecostomia o con una colostomia assai vicino al tumore, sia con l'operazione in due tempi di Mikulicz e Bruns. L'ostruzione poi fa sì che le condizioni generali del paziente divengano assai miserevoli: è allora necessario con lavaggi gastrici, con ipodermoclisi, far passare questo periodo acuto, rimettendo l'operazione a più tardi, quando la permeabilità intestinale sia ristabilita e le condizioni sollevate.

In condizioni favorevoli per una resezione primaria con anastonosi termino-terminale l'uso del tubo sigmoideo (un tubo di caucciù introdotto per l'ano fino a superare di qualche centimetro la zona di sutura) suggerito da Balfour, riduce notevolmente la mortalità. Nelle suture termino-terminali v'è una istintiva tendenza a tirare troppo i punti, con la conseguenza di restringere il lume intestinale: a ciò si può ovviare sia con il tubo di Balfour sopradetto per le lesioni basse, sia con il metodo suggerito da C. H. Mayo: praticare un'incisione sul margine opposto al mesentere del moncone distale, che è più ristretto dell'altro, aprendone gli angoli e rendendone quindi la circonferenza più ampia.

Se v'è qualche dubbio sull'integrità della linea di sutura, si attaccherà la zona suturata al peritoneo, ovvero la si passerà addirittura attraverso questo che si suturerà poi dietro del colon; ovvero, se il viscere è troppo corto per questa manovra, lo si circonderà con una benderella di tessuto elastico, sì da rendere la sutura extraperitoneale.

Circa dodici anni or sono C. H. Mayo introdusse in clinica il metodo di Mikulicz-Bruns di resezione della seconda metà del colon, ciò che forse ha più che tutto contribuito ad accrescere la operabilità e a ridurre la mortalità. Consiste

nell'esteriorizzare completamente, come è stato descritto, la zona neoplastica con tutti i tessuti invasi; il colon sano viene liberato a monte e a valle per parecchi centimetri, e i due bracci suturati, lasciando completamente all'esterno della cavità addominale il tumore e una quantità sufficiente di intestino sano; tutto attorno alla base di questa massa protrusa si sutura il peritoneo, sicchè essa rimane perfettamente extraperitoneale; dopo 3-7 giorni si asporta la parte protrusa, sicchè rimangono sulla ferita i due capi dell'intestino, come la sezione di un fucile a due canne. Se v'è ostruzione è consigliabile il metodo di Paul, cioè, non appena il sigma è ben fissato alla ferita, tagliare via la massa neoplastica, lasciando che i monconi sporgano di 3 cm. e più, e quindi insinuare nel capo prossimale un tubo di caucciù allo scopo di vuotare il contenuto ostruito. Se poi l'ostruzione risiede nell'ansa protrusa è opportuno procedere subito alla sua asportazione, come consiglia Peck.

In secondo tempo, cioè 10-12 giorni dopo la prima operazione, si applica a cavallo del setto divisorio dei due monconi una lunga pinza a pressione, che di giorno in giorno si stringe gradualmente di più, finchè in capo a circa 6 giorni, corroso questo setto intermedio, si viene a formare una sola cavità, sì da risultarne una semplice colostomia, che, qualche giorno più tardi, può esser chiusa con una semplice operazione extraperitoneale.

L'operazione di Mikulicz può essere applicata anche ai tumori assai bassi: è sorprendente come anche la parte superiore del retto possa essere tratta fuori attraverso l'incisione addominale: parecchie volte l'A. è riuscito ad operare in questo modo dei tumori del sigma-retto, liberando il retto fino a tre centimetri dall'ano. Spesso è necessario un sostegno di garza tutt'attorno alla massa protrusa per mantenerla fuori del peritoneo: essa va lasciata per 10-16 giorni.

Si può credere che con perfezionamenti di tecnica si potrà applicare con maggior larghezza la resezione immediata: ma va notato che spesso l'insuccesso non è imputabile alla tecnica, in quanto di solito la fatale fuoriuscita del contenuto avviene durante la seconda settimana, quando cioè la sutura ha già adempito il suo compito.

Occasionalmente si possono trovare delle cavità ascessuali di notevoli dimensioni nella pelvi. Queste non indicano affatto di necessità una inoperabilità del tumore, ma richiedono che l'intervento sia espletato con la chiusura del bacino distaccando e suturando il peritoneo, così da proteggere la cavità addominale, e, nella donna, drenando attraverso la vagina, mentre nel maschio l'intero piccolo bacino sarà zaffato con garza iodoformica. Questi ascessi sono più frequenti nella donna, probabilmente a causa della vicinanza delle tube.

Talvolta è meglio terminare queste estese e complicate operazioni con una colostomia permanente: si applica un enterostato ad angolo retto sul retto, al disotto del tumore, e, dopo la sezione, si causticano i monconi col termocauterio; si asporta la parte necessaria del sigma, e si fissa il moncone prossimale sull'incisione mediana immediatamente sotto l'ombelico, secondo il metodo di Mixter; la cavità della pelvi è zaffata con garza tutt'attorno alla pinza: questa viene rimossa dopo una settimana, quella dopo quindici giorni.

A chi non abbia effettivamente partecipato a qualcuna di queste formidabili operazioni esse possono apparire impossibili, o, se anche meccanicamente possibili, piene di tale pericolo immediato e con così piccola probabilità di guarigione permanente da non essere giustificabili. Ciò non corrisponde affatto a verità perchè in tali estese e complicate dissezioni l'A. ha avuto una percentuale assai notevole di guarigioni permanenti; e, anche in caso di recidive, il paziente ha beneficato di un lungo periodo di esistenza confortevole, che non avrebbe potuto ottenere da una colostomia palliativa. Nella clinica dei Mayo furono eseguite 262 resezioni del crasso per tumore maligno: fra coloro che furono operati da più di cinque anni il 54 % sono viventi, e fra coloro operati da più di tre anni il 67.5 %.

Concludendo, l'A. afferma che la natura della malattia è tale che la prospettiva di guarigione è maggiore che per i cancri di qualsiasi altra sede, eccetto che per quelli del labbro e del fondo dell'utero.

SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Paresi brachiale dolorosa da apicite tubercolare.

Il plesso brachiale ha intime relazioni con la pleura apicale: i suoi rami si trovano nel lasso tessuto cellulare che insieme alle glandule linfatiche riempie la fossa sopraclavicolare. Ciò spiega perchè le affezioni di questa regione specie accompagnate da reazioni glandulari provocano disturbi del plesso brachiale, come è il caso delle adenopatie cancerigne. Ma malgrado la frequenza della tubercolosi degli apici pleuro-pulmonari non sono stati registrati casi di lesioni del plesso brachiale nella tubercolosi.

Anche Sergent che ha insistito sulla frequenza della pleurite apicale con adenopatie sopraclavicolari e inuguaglianza pupillare non ha fatto cenno della possibilità di disturbi dipendenti da lesioni del plesso brachiale.

Léri e de Teyssien hanno osservato tre di tali casi in soldati durante la guerra. Il caso seguente è il più tipico di tutti: Un soldato di 40 anni nel luglio 1915 improvvisamente avvertì torpore alla spalla sinistra e della regione laterale del collo e contemporaneamente non era più in grado di alzare il braccio. Dopo 3-4 giorni migliorò e potette ritornare al suo servizio.

Il 20 agosto successivo il soldato avvertì un dolore violento alla stessa spalla irradiantesi al braccio. I dolori avevano carattere accessionale, si verificavano ogni 2-3 ore due o tre volte al giorno: il paziente diceva di sentire come se un succhiello gli penetrasse nelle carni e tale dolore si irradiava al braccio, all'avambraccio, al pollice.

All'esame si constatò che la spalla era un po' spianata ed abbassata. Le fosse sopra- e sottoclavicolari erano spianate anzi erano sostituite da una sporgenza, il rilievo della clavicola era scomparso. La pressione del punto di Erb era dolorosa. Quando il paziente inclinava la testa a destra avvertiva un dolore al braccio sinistro. L'elevazione, i movimenti in avanti ed indietro del braccio provocavano dolore; l'abduzione del pollice era limitata. Tutti i movimenti dell'arto erano possibili, ma la forza era diminuita. I riflessi dell'arto superiore sinistro erano più deboli di quelli del destro. Sul margine esterno del pollice e dell'avambraccio sinistro esisteva una striscia di leggera iperestesia. La eccitabilità galvanica e faradica dei muscoli era diminuita. Alla regione latero-cervicale sinistra si palpavano glandule ingrossate. In corrispondenza di ambo gli apici, ma specialmente a sinistra, si notava una leggera ottusità alla percussione ed asprezza di respiro. All'esame radiologico si notò un'oscurità in corrispondenza degli apici specie a sinistra. Dopo qualche settimana la paresi scomparve e le crisi dolorose diminuirono di frequenza ed intensità, ma la loro durata aumentò.

In tutti e tre i casi si constatò la paresi al lato sinistro e ciò in rapporto con la maggiore frequenza della tubercolosi del polmone sinistro. Il simpatico cervicale non era compromesso tranne in un caso, nel quale si notò una leggera diminuzione dell'ampiezza della rima palpebrale a sinistra. (*The Medical Review*, agosto 1918).

a. a.

TERAPIA.

Il trattamento dei prostatici.

Il prostatico (Fr. B. Sweet, *Boston medical and surgical Journal*, 5 settembre 1918) è sempre stato un paziente difficile; è vecchio ed ha quindi le degenerazioni proprie della sua età; soffre inoltre per una condizione che lo tocca in una delle più importanti funzioni escretive dell'organismo: il catetere gli fornisce un sollievo momentaneo, ma gli causa poi i peggiori malanni. Il trattamento medico non può guarirlo; il suo disturbo è meccanico e deve essere curato meccanicamente; senza un pronto intervento operativo, il prostatico diventa schiavo della propria vescica, esposto alla sepsi, all'uremia, alla degenerazione. La durata media della vita dei casi non operati è di tre anni dall'inizio dei primi sintomi; i casi di pazienti che sopravvivono a lungo sono eccezioni alla regola.

Parecchie sono le considerazioni che vanno fatte a proposito dei prostatici; per la loro stessa età essi vanno soggetti a malattie peculiari, quali: arteriosclerosi, degenerazione cronica del cuore, bronchite, nefrite cronica, ecc. Le complicazioni dipendenti dalla stessa prostata tendono ad aggravare le condizioni: cistite, calcoli vescicali, dilatazione degli ureteri e della pelvi renale, pielite, pionefrite, sepsi generale, uremia. Diverse sono poi le condizioni individuali, fondate specialmente sul grado di reazione del rene alla pressione retrograda.

È importante anzitutto di non svuotare mai una vescica ripiena, altrimenti si corre il pericolo di vederla riempirsi di sangue; in tali casi si metterà un catetere a permanenza chiu-

dendone l'orificio con un turacciolo ed evacuando l'orina di tanto in tanto: spesso devono passare dei giorni prima che si possa permettere un efflusso costante.

Il trattamento della media dei prostatici va organizzato come segue: cistotomia soprapubica ed applicazione di un catetere a permanenza; si può allora ispezionare bene la vescica e trovare eventualmente la causa di alcune complicazioni, asportando, p. es., i calcoli se vi sono, ed anche i possibili tumori; si può far pure una buona esplorazione della prostata. Il catetere può venir suturato nella vescica e rimanervi per delle settimane. È raro che si debba frattanto irrigare la vescica, se non forse per levarne i coaguli sanguigni, che possono formarsi nelle prime ore.

Si tiene in letto il paziente per le prime 24 ore, lasciandogli bere acqua a volontà e dandogli dosi forti di urotropina.

Dopo 4-5 giorni la pressione sanguigna si abbassa, diminuisce la quantità di urina, il paziente è irrequieto, soffre di nausea; l'urina contiene molta albumina, l'addome è disteso. In questo periodo non si deve far altro che sostenere le forze del paziente e vedere di stimolarne il rene somministrando notevoli quantità di liquido, per la bocca, per il retto od anche per via endovenosa.

Dopo un certo tempo il paziente cambia aspetto, tutti questi sintomi regrediscono, l'urina non contiene più albumina; è questo il periodo in cui l'operazione può venire sopportata. Sotto anestesia, si estrae il catetere dalla vescica e si asporta la prostata dalla solita via, ciò che può essere facile o difficile: generalmente con le prostate grosse s'incontrano minori difficoltà.

L'emorragia è talvolta leggiera, talaltra abbondante: essa va arrestata prima che il paziente lasci il tavolo operatorio; ciò si fa nel modo più semplice con il sacco elastico di Hagner. Ad ogni modo, facendo, come si è detto, l'operazione in due tempi, il pericolo dell'emorragia è molto diminuito.

Si mette poi un grosso tubo di gomma nella ferita vescicale, dove si sutura con un punto alla pelle; ne fuoriescono urine e coaguli sanguigni. Il giorno seguente si leva il sacco di Hagner ed il tubo di gomma, che si sostituisce con un catetere. Questo si leva dopo circa 5 giorni; allora il paziente incomincia ad orinare da sè, anche se la ferita vescicale è tuttora aperta.

Non si verificano complicazioni, nè, dopo l'operazione, si richiede altro che una buona assistenza. Si fanno alzare i pazienti al 2°-3° giorno, incoraggiandoli ad urinare da sè, ciò che si verifica abbastanza presto, sicchè i pazienti stessi provano una sensazione quasi di ringiovanimento. Raramente si hanno orchiti o epididimiti.

I risultati ottenuti con questo metodo sono di molto superiori a quelli osservati con altri trattamenti.

ini.

NOTE DI TECNICA.

Ricerca del sangue nell'urina, nelle feci e nei liquidi patologici.

Thevenon e Rolland (*Presse Médicale*, 1917, n. 46) descrivono un metodo di ricerca del sangue basato sulla reazione del piramidone in contatto di ossidanti, reazione che si manifesta con una colorazione violacea. I reattivi da impiegare sono i seguenti:

1° Piramidone gr. 2.50, alcool a 90° cmc. 50.

2° Acido acetico glaciale cmc. 1, acqua distillata cmc. 2.

3° Acqua ossigenata.

Per la ricerca del sangue nelle urine si procede così: a 3-4 cmc. di urina non filtrata si aggiunge una eguale quantità di soluzione alcoolica di piramidone e 6-8 gocce della soluzione di acido acetico e dopo avere agitato si aggiungono 5-6 gocce di acqua ossigenata. In rapporto alla quantità di sangue contenuta nell'urina la colorazione viola si manifesta più o meno rapidamente. Quando il sangue è presente solo in tracce la reazione si produce in capo ad un quarto d'ora: si ha una tinta bleu-viola che raggiunto il massimo decresce per poi scomparire del tutto.

Per la ricerca del sangue nelle materie fecali si procede così: una piccola quantità di feci si stempera in 3-4 cmc. d'acqua distillata; si decanta e si aggiungono 3-4 cmc. della soluzione di piramidone, 6-8 gocce della soluzione acetica, ed infine, dopo avere agitato, 6 gocce d'acqua ossigenata. In presenza di sangue si osserva una colorazione bleu-violacea più o meno intensa secondo il contenuto ematico.

Lo stesso procedimento si adopera per ricercare il sangue nel liquido cefalo-rachidiano, nei versamenti pleurici, ecc.

Le ricerche comparative istituite dagli autori hanno dimostrato che questo metodo ha la stessa sensibilità del reattivo di Meyer, ha però su questo il vantaggio che esige una preparazione semplice e sollecita e che la conservazione del reattivo è più lunga e più sicura.

a. a.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1008) *Sulla terapia dell'influenza.* — All'abbonato n. 39:

Non si conosce nessun rimedio specifico contro l'influenza.

Il medico dovrà regolarsi secondo le norme di terapia comuni alle malattie settiche con complicanze polmonari. *t. p.*

(1009) *Contro le turbe gastro-enteriche dei neurartritici.* — All'abb. n. 6579:

Non vi sono indicazioni particolari di terapia per il quesito da lei proposto, al di fuori delle comun norme consigliate in tutti i trattati, e delle norme generali per la modificazione del terreno di predisposizione: credo però che le difficoltà non siano riposte nella terapia quanto nella esatta diagnosi. *t. p.*

(1010) Al dott. G. de Paula, Zona di guerra:

L'ultima storia della medicina scritta in Italia è quella del Puccinotti (*Storia della medicina*, Livorno, 1850-1866, in tre volumi), che ebbe alcune ristampe; opera classica per alcuni periodi, ma che non può appagare completamente le menti critiche moderne. Poi null'altro, fra noi!

In Francia nel 1911 la Casa Baillière di Parigi ha pubblicato un compendio di L. Meunier — *Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours* (di pag. 642, fr. 12) — che ritengo prossimo ad esaurirsi. Lavoro accurato e di facile lettura, sebbene sovente indifferente e oblioso dell'opera scientifica degli italiani. *g. b.*

(1011) All'abb. n. 8280. — Consulti:

ACHARD. *Le rôle de l'urée en pathologie.* — Masson ed., Paris, 1912.

GIRAUD. *Etudes sur les rétentions azotées.* — Thèse de Montpellier, 1917.

PAISSEAU. *Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade.* — Thèse de Paris, 1905-1906. *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

CHIARUGI G. *Istituzioni di anatomia dell'uomo.* Vol. I, di pag. 704 con 471 figure. Vol. II[1], di pag. 711 con 423 figure. II[2], di pag. 436 con 152 figure. Vol. III, di pag. 1069 con 520 figure. — Soc. editrice libraria, Milano.

Scrivere oggi un trattato d'anatomia può sembrare quasi un'audacia, dopo che se ne sono succeduti tanti, i quali — più o meno classici — vanno per le mani degli studenti e dei medici. Ma è con l'audacia dei forti che l'A. ha assolto il non facile compito. In quest'opera, dalla dizione sobria, dall'esposizione limpida, l'anatomia non ci appare più, come ce la ricordano gli studi universitari, arido esercizio mnemonico di nozioni slegate, ma come un tutto organico di cui si intravede l'alta importanza biologica.

I frequenti accenni embriologici e comparativi, su cui di solito è imperniata la descrizione, rendono più chiara la comprensione della morfologia, ed aiutano ad afferrarne il significato, mentre d'altra parte, col non insistere su ingombranti particolari, l'A. raggiunge lo scopo di mettere bene in luce le nozioni fondamentali ed immanenti, che sono le più importanti a conoscere e ricordarsi.

Belle e chiare le figure, in gran parte originali; utilissimi gli schemi, specialmente quelli riguardanti il sistema nervoso. Alla fine dell'opera, alcune note bibliografiche opportunamente scelte aiutano ad orientarsi nella sterminata letteratura anatomica.

INDEX.

WEINBERG M. e SÉGUIN P. *La gangrène gazeuse.* Un vol. in-8° di pag. 442, con molte figure e tavole, di cui 8 in colori. — Masson et C.ie, éd., Parigi. Prezzo L. 20.

In questo volume, gli AA. studiano dapprima lo stato generale della questione, da cui risulta la confusione e l'imbroglio delle idee sull'argomento, prima che l'inaspettata ricomparsa di questo quadro clinico rendesse necessario l'approfondirne lo studio. Segue poi la descrizione dei principali microbi delle infezioni gazose: alcuni di essi, descritti prima della guerra, non sono più stati ritrovati. Risulta in complesso che le infezioni gazose non costituiscono un'entità morbosa, e la patogenesi non ne è unica: nei casi studiati gli AA. hanno isolato 40 tipi differenti di germi. Si può ritenere in generale, che la flora delle infezioni gazose è ordinariamente polimicrobica, frequentemente polianaerobia e che ad ogni modo gli anaerobi vi hanno la parte principale.

Diverse sono le forme cliniche che gli AA., oltre che osservate nell'uomo, hanno potuto riprodurre negli animali da esperimento; dai loro studi sono venuti, anche, all'importante applicazione terapeutica dei sieri, con cui hanno osservato un abbassamento della mortalità dal 50 al 20 %.

Il lavoro è condotto con metodo rigoroso, e l'esposizione ne è molto chiara; le note bibliografiche comprendono 379 pubblicazioni.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Indennità speciale per gli ufficiali medici.

L'on. Dore ha presentato la seguente interrogazione al ministro della guerra:

«Premesso che agli ufficiali medici viene corrisposto, in grazia della loro laurea, una indennità «di servizio speciale» contenuta nei limiti di un massimo inferiore a lire una e d'un minimo inferiore a cinquanta centesimi al giorno; e considerato che essi sono stati chiamati alle armi in larga misura, oltre all'età prescritta per gli altri cittadini; e hanno dato e dànno un nobilissimo contributo di lavoro e di esistenze per difendere il paese dalle insidie dei nemici e delle malattie: chiedo se non si reputi equo eguagliare la loro indennità almeno a quella dei Corpi per i quali la indennità cavalli è superiore del doppio a questa indennità per la laurea dei medici.

E qualora non si credesse di poter migliorare siffatto trattamento, riconosciuto unanimemente immeritato ed ingiusto, non sia preferibile sopprimere totalmente una indennità la quale, nella irrisoria misura attuale di meno di una lira e meno di cinquanta centesimi al giorno, non può non essere umiliante per la dignità professionale della classe».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7521) *Pensioni.* — Dott. A. M. da B. O. — Nel questito Ella non precisa la data in cui si inscrisse alla Cassa di previdenza. Supponendo che tale inscrizione sia avvenuta contemporaneamente alla nomina in condotta stabile, a fine 1918 conterebbe 11 anni di servizio ed avrebbe, quindi, diritto alla indennità di cui all'art. 21 della legge nel caso che in detta epoca lasciasse il servizio per infermità. Tale indennità sarebbe pagabile una volta tanto e sarebbe ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale. Potremmo anche precisarle la somma che riscuoterà se ci farà conoscere l'età che avrà all'atto del collocamento a riposo.

(7522) *Pensioni.* — Dott. abbonato n. 1504. — Per ottenere la pensione di riposo occorre aver prestato 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio. Se Ella nel prossimo marzo compirà interamente i 26 anni di servizio andando in pensione in quell'epoca, liquiderà la medesima pensione che se vi andasse invece attualmente. Rimanendo in servizio fino a marzo non avrà nulla di più. Che se invece di andare ora in pensione credesse opportuno andarvi al 30 settembre 1919, potrebbe liquidare su 27 anni di servizio e 67 di età. La pensione nel primo caso sarebbe di annue lire 1652 e nel secondo di annue lire 1887.

(7523) *Iniezioni a scopo ricostituente.* — Dott. A. V. da S. S. L. — Il Consiglio di Stato con parere del 13 giugno 1913 ritenne che non spetta al medico condotto alcun compenso speciale per le iniezioni ipodermiche fatte a scopo preventivo, cui è paragonabile il ricostituente. Non è, pertanto, consigliabile il rifiuto a tale prestazione.

(7524) *Pensioni.* — Dott. G. B. da C. E. — Ella non può profittare della disposizione contenuta nell'art. 42 della legge sulla Cassa di previdenza dei medici condotti a favore dei medici anziani perchè, come tassativamente il detto articolo impone, non si trovava in regolare servizio alla entrata in vigore della legge 14 luglio 1898, n. 335.

(7525) *Stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. S. P. da S. M. — Dal momento che Ella accettò codesto servizio di condotta con la retribuzione che attualmente percepisce e nessun fatto nuovo è occorso che abbia modificato o contribuito a modificare le condizioni obbiettive della condotta stessa, non può, se non facoltativamente, ottenere un aumento di stipendio. Se fosse interessata la G. P. A. a provvedere di ufficio ai sensi dell'art. 26 della legge sanitaria, molto probabilmente si otterrebbe, per le anzidette ragioni, esito negativo. Se è titolare della condotta, o, se interino, copra posto privo di titolare ha, però, diritto alla indennità caroviveri. Per ottener questa, anzichè esperimentare le pratiche amministrative, che sono abbastanza lunghe, può citare il Comune dinanzi la competente autorità giudiziaria. In luogo di eseguire poi tutto il piano prospettato nel quesito, sarebbe, a nostro avviso, opportuno che Ella diffidasse a mezzo di atto di usciere il Comune a modificare lo stipendio che attualmente corrisponde, altrimenti rassegna le proprie dimissioni a decorrere dal 1° del prossimo gennaio.

Doctor Justitia.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 9316:

Ella, come ufficiale in servizio attivo permanente, non può presentare le proprie dimissioni se non dopo avvenuta la smobilitazione generale.

Al dott. G. G. da A.:

Non è ben chiaro cosa intenda il collega col termine «*i mensili di stipendio*».

Se si tratta dei mensili di stipendio che spetteranno a tutti gli ufficiali ricollocati in congedo all'atto della smobilitazione è ovvio che essi competono anche agli ufficiali delle classi 70-73, nominati dopo la dichiarazione di guerra.

All'abb. n. 3682:

Lo stipendio decorre dalla data della sua presentazione alle armi, e cioè da quando si è iniziata la sua disponibilità agli ordini della Direzione di sanità di Palermo.

Dallo stesso giorno decorre il suo diritto alle indennità di fuori residenza.

All'abb. n. 6882:

Non si può essere contemporaneamente *esonerati per tempo indeterminato dal servizio militare* e *comandati*, come medici militari, ad un servizio civile.

Occorre quindi spiegar meglio il quesito.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica dell'Ateneo Romano ha chiamato, con votazione unanime, alla cattedra di anatomia umana resasi vacante per la morte dell'illustre prof. Todaro, il prof. Riccardo Versari, della R. Università di Napoli.

La Facoltà medica dell'Istituto di Studi Superiori di Firenze ha chiamato, a voti unanimi, il prof. Achille Sclavo della R. Università di Siena, ad occupare la cattedra d'igiene lasciata libera dal prof. G. Roster, il quale si ritira dall'insegnamento perchè raggiunto dai limiti di età.

Dei due illustri professori, cui mandiamo per ora i nostri rallegramenti, diremo nel prossimo numero.

L'on. Carlo Cucca, direttore della «Rassegna di Ostetricia», è stato eletto vice-presidente del Consiglio provinciale di Napoli.

Colonnelli medici promossi brigadieri generali medici: Galli Giovan Domenico, Pressacco Pasquale, Testi Francesco, Bernucci Giovanni, Faralli Celestino, Marrocco Achille, Fulloni Adeodato, del R. Esercito; Curcio Eugenio, Vaccari Antonio, della R. Marina.

Sono nominati cavalieri nell'Ordine mauriziano i dottori Avanzi Riccardo e Roasenda Giuseppe, maggiori medici.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

PANTALEONI dott. PIO, da Imola, tenente medico di complemento, XII reparto d'assalto. — Sebbene inabile alle fatiche di guerra, chiese ed ottenne di far parte di un reparto d'assalto. Durante due giornate di combattimento moltiplicò l'opera sua di soldato e di medico per curare i numerosi feriti in circostanze difficilissime. Rimasto a sua volta ferito da pallottola, mentre curava feriti in prima linea, continuò la sua opera professionale, rifiutando qualsiasi assistenza fino a quando tutti gli arditi furono medicati. — (Fossetta-Losson di Piave, 17-18 giugno 1918).

ENCOMIO SOLENNE.

RANALDI dott. ALBERTO, sottotenente medico di complemento. — In un periodo assolutamente eccezionale per le condizioni sanitarie del presidio di Frosinone a causa dell'epidemia influenzale, solo ufficiale medico del presidio stesso, senza trascurare le ordinarie mansioni di capo-reparto ed aiutante maggiore dell'ospedale militare di riserva, sebbene in non buone condizioni di salute, prodigava, al disopra delle proprie forze, tutto sè stesso nell'assistenza dei malati, curava con amore paterno i propri colleghi e le loro famiglie, non rifiutando neppure, sebbene non obbligato, la propria opera per i casi più urgenti che si verificassero nella popolazione civile.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza agli invalidi di guerra in Germania.

La Germania non ha un sistema uniforme di trattamento per gli invalidi di guerra: l'assistenza di questi non è sottoposta ad alcuna autorità centrale che dia i criterî direttivi, ma è di carattere puramente volontario e lasciata all'iniziativa privata. Ciò non toglie che l'opera compiuta al riguardo sia di grande valore, tanto per l'importanza come per l'efficacia delle istituzioni; risultato che deve attribuirsi ai perfezionati sistemi di assistenza privata, come pure alla pubblica opinione bene illuminata sul dovere della nazione verso i mutilati di guerra.

All'inizio della guerra l'attitudine verso i mutilati era un misto di culto per l'eroe e di pietà per il disgraziato: si erano fondate delle «Case degli eroi» (*Heldenheime*) dove il mutilato avrebbe potuto passare oziando il resto della sua vita. Ben presto però venne fatta una campagna per distogliere l'opinione pubblica da questa falsa strada, e portare la convinzione che il vero dovere della nazione verso il mutilato è quello di restituirlo al lavoro e di farlo partecipare attivamente alla vita economica nazionale.

Il compito dell'assistenza, del resto, era facilitato dalla progredita organizzazione esistente prima della guerra in Germania per gli storpi ed i mutilati. Durante cinquant'anni si erano venute fondando 44 case di cura e rieducazione, alcune anche capaci di 300 letti; vi erano addette 221 officine, che insegnavano 21 mestieri diversi. Contribuivano al loro sviluppo le potenti casse d'assicurazione, le quali erano direttamente interessate a assistenza privata come pure alla pubblica opiche l'operaio riprendesse le sue occupazioni, risparmiando così di pagargli la pensione per tutta la vita.

Queste case per gli storpi divennero il nucleo per una oculata assistenza ai mutilati di guerra; esse, pure usando metodi differenti, seguono dei concetti uniformi, espressi nel seguente schema di Konrad Biesalski, segretario della Federazione per l'assistenza agli storpi:

1° non carità, ma lavoro per il mutilato di guerra;

2° il mutilato deve ritornare alla sua famiglia ed alle sue condizioni antecedenti: possibilmente al suo impiego di prima;

3° i mutilati debbono venire distribuiti fra la massa del popolo, come se nulla fosse avvenuto;

4° non esiste la mutilazione, purchè esista la volontà ferrea di vincere l'inferiorità portata dalla mutilazione stessa;

5° è necessario dare la massima pubblicità a queste idee, incominciando fra gli stessi invalidi

Il trattamento degli invalidi (Douglas C. Mc Murtrie. *Medical Record*, 25 maggio 1918) comprende quattro stadi: 1° cura medica; 2° provvista dell'arto artificiale e rieducazione funzionale; 3° rieducazione professionale; 4° fornire l'occupazione.

Le istituzioni per i primi due stadî sono funzione del governo imperiale, le altre appartengono all'iniziativa privata, e possono venire dirette e sostenute finanziariamente dal governo, ovvero da istituti privati, con la cooperazione del governo: un comitato locale esiste in quasi tutte le città.

I feriti che abbisognano di trattamenti ortopedici vengono, dopo le prime cure, inviati nell'interno, in ospedali ortopedici, di cui esiste una vera rete in tutto l'impero; si fa tutto il possibile per inviare il soldato in ospedali prossimi al suo luogo natale. Non appena guarito, il ferito va rinviato al battaglione di riserva in attesa delle decisioni per la riforma; frattanto si iniziano le pratiche per la rieducazione professionale e per la futura occupazione, ed in ciò la stretta cooperazione delle istituzioni civili e militari rende più sollecita la faccenda.

Il *trattamento medico* è diretto in modo da rendere l'invalido capace di riprendere il lavoro. Il Biesalski afferma che il 90-95 % degli invalidi ritorna alla vita industriale.

Il trattamento negli ospedali ortopedici dura da due a sei mesi, fino a che l'invalido possa riprendere il servizio militare o venga riformato.

Gli ospedali sono forniti di tutto il necessario, stanza operatoria, stanza per i modelli in gesso, impianto radiologico, bagni, massaggio, elettricità medica, apparecchi medico-meccanici. Gli esercizi fisici, che costituiscono una parte importante del trattamento, vengono incominciati non appena l'ammalato esce dal letto e gradatamente aumentati fino alla durata di due-tre ore, integrati poi da giuochi sportivi, nuoto, ecc. Alcuni ospedali hanno anche officine in cui gli invalidi incominciano a lavorare in modo da non acquistare abitudini oziose.

La fabbricazione e riparazione degli *arti artificiali* sono gestite direttamente dal governo. Vi è una grande varietà di modelli protetici, tanto che alla recente esposizione di Charlottenburg si vedevano trenta modelli di braccia e cinquanta di gambe.

Prevale il principio che debba venir sostituito non tanto l'arto, quanto la funzione perduta: non viene fornito quindi un membro estetico, ma un vero strumento, tanto più apprezzato, quanto maggiori sono le attività che permette. Con il braccio — che non è altro che un attacco per i varî strumenti che suppliscono la mano — viene fornita anche una mano di legno coperta da un guanto; il braccio estetico (*sontagarm* = braccio domenicale) viene fornito solo al clero.

Gli arti artificiali sono fatti da ditte private, oppure negli stessi ospedali ortopedici. I modelli di arti di alcune ditte si sono generalizzati; così, p. es., i seguenti:

1° Tipo Jagenberg: consiste di due bacchette di metallo con articolazione a sfera, che permette il movimento in ogni direzione; un colpo della mano buona basta per fissarlo o per renderlo libero: esso è assicurato al moncone con una manichetta di cuoio. È fornito con una serie di venti attacchi, che servono per tutte le operazioni ordinarie della vita.

2° Tipo Siemens-Schückert: differisce dal precedente, in quanto che il peso del braccio, invece di essere portato sul moncone, è sostenuto da striscie di cuoio fissate alla spalla.

3° Tipo Riedinger: consiste in una porzione superiore lunga, di cuoio, ed una inferiore più corta, metallica, con un tubo in cui si incastrano gli attacchi. È assicurato alle spalle con un complesso sistema di cinghie: particolarmente adatto per lavori pesanti.

4° Il tipo Brandt è in celluloide, adatto per lavori leggeri.

Meno uniforme è la fabbricazione dell'arto inferiore: si tende in generale a costruzioni semplici con facilità di riparazioni. Gli ortopedici si sforzano a dare molto movimento al piede, con un piede inarticolato a pianta convessa.

Uno dei perfezionamenti più sensibili è stato quello di ridurre il peso, fabbricando la parte superiore con una sottile stecca di metallo, ricoperta poi in modo da dare la forma della gamba. A. Jaks ha inventato una gamba che consiste di leve parallele messe in movimento innalzando ed abbassando il moncone.

La *rieducazione professionale* incomincia non appena possibile, durante lo stesso trattamento medico. Non appena l'invalido può venire visitato, i membri del comitato civile prendono tutte le informazioni necessarie e dispongono per la sua rieducazione o per l'immediato inizio del lavoro.

La rieducazione si compie in officine nello stesso ospedale, oppure vicino ad esso. Comprende sempre una parte teoretica, di educazione civile, di corsi commerciali, ecc., ed una essenzialmente pratica delle diverse arti e mestieri.

Questi corsi hanno la durata massima di sei mesi, cioè del massimo tempo in cui l'individuo può rimanere all'ospedale; per gli ulteriori insegnamenti pensa il comitato inviando l'invalido in una scuola o presso un capo-officina. Si tende poi specialmente ad invogliare l'individuo per i lavori campestri.

Particolare attenzione è rivolta all'insegnamento dei comuni atti della vita (mangiare, vestirsi, lavarsi, ecc.), per gli individui con un solo braccio, e ciò si ottiene abbastanza bene in sei settimane.

Quanto al *collocamento dell'invalido*, non vi sono regole speciali: prevale il principio che l'individuo riprenda possibilmente il suo posto di prima. I comitati si interessano di ciò, in modo che spesso l'individuo ha già il suo posto assicurato, allo inizio della rieducazione.

Anche le diverse associazioni per procacciare il lavoro, esistenti prima della guerra, portano in quest'opera un largo contributo.

Molti invalidi vengono poi assunti in servizî di Stato (uffici, ferrovie, poste, ecc.), senza alcuna considerazione della pensione che godono. Un ufficio speciale provvede poi al collocamento, quando i comitati locali siano insufficienti.

FILIPPINI.

Il prof. Vaquez.

La Facoltà di medicina di Parigi ha chiamato ad unanimità il prof. Vaquez alla Cattedra di patologia interna in sostituzione del prof. Widal succeduto al Landouzy nell'insegnamento della Clinica medica.

Il prof. Vaquez, allievo del Potain, si è dedicato alla patologia del cuore, dei vasi e del sangue, fin dal 1884 portandovi un poderoso contributo personale: egli ha creato nel suo reparto dell'ospedale St. Antoine, uno dei primi centri cardiologici del mondo, facendo numerosi allievi, di cui alcuni hanno scavato già un profondo solco in questo vasto e difficile campo della patologia umana.

Nelle malattie del sangue egli ha isolato, insieme con il suo allievo Aubertin, alcuni tipi di anemia aplastica, ed ha fatto studî originali sulla resistenza globulare: ma il suo nome sarà perennemente legato alla sindrome caratterizzata da pletora vera con iperglobulia, cianosi e splenomegalia (morbo di Vaquez).

In patologia vasale si è occupato della trombosi marastica, della flebite e del suo trattamento: ha studiato l'ipertensione arteriosa, e per primo ne ha emessa la teoria surrenale.

In patologia cardiaca ha svolto particolarmente le aritmie, portandovi un contributo geniale. L'interpretazione degli sfigmogrammi e dei tracciati della giugulare, le ricerche sulle proprietà fondamentali del miocardio, hanno permesso una concezione chiara del problema così complesso, della classificazione delle aritmie, della genesi della extrasistoli, della tachicardia parossistica, del polso alternante e di altri problemi avanti a cui si erano arrestati sfiduciati la massima parte degli studiosi.

Particolare attenzione ha prestato agli studî sulla pressione sanguigna servendosi del suo sfigmotensiometro, ed insieme al suo valoroso allievo Laubry ha potuto utilizzare il metodo ascoltatorio per le ricerche sulla pressione massima e minima, e ne ha tratti dei dati della più grande importanza per la diagnosi e prognosi generali delle malattie cardio-vascolari.

Insieme a Laubry, Hertz ed Aubertin, ha fondato gli «Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang», dove ha raccolta una documentazione clinica ed anatomopatologica del più grande valore. Nè avanti ai metodi più recenti di esame è rifuggito il suo spirito critico ed innovatore. Al Congresso di Lione del 1914, troviamo una relazione lucida degli studî fatti insieme al suo allievo Bordet sull'elettrocardiogramma, in condizioni normali ed in alcuni stati patologici.

Lo studio della radiologia del cuore e dei grossi vasi è entrato definitivamente nel campo pratico per opera del Vaquez e del Bordet, della cui monografia è stata pubblicata la seconda edizione, con punti di vista del tutto originali. Il Vaquez ed il Bordet hanno in questo campo portato un vero indirizzo rivoluzionario, integrando i dati delle cifre brute, coi portati dell'osservazione clinica e del più illuminato buon senso.

L'attestato di stima che la Facoltà medica ha tributato all'insigne clinico, non è solo un omaggio allo studioso, è una promessa di un'êra ancora più radiosa di ricerche dell'osservatore acuto, attivo, entusiasta, che unisce alle doti dell'ingegno e della coltura, quelle di una squisita cortesia che attirerà sempre più lo stuolo dei medici, che al maestro accorrono da ogni parte del mondo.

P. ALESSANDRINI.

NOTIZIE DIVERSE

Per gli infortuni in agricoltura.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni, nel deliberare i provvedimenti predisposti per l'attuazione della assicurazione contro gli infortuni agricoli; preso atto dei memoriali presentati in data 4 e 23 agosto c. a. dal Comitato esecutivo dello stesso Istituto all'on. Ministro dell'industria; convinto che l'assicurazione agricola per la sua complessità e difficoltà di gestione richieda larga base di organizzazione e di controllo, su proposta dei consiglieri signori Buozzi e senatore Pirelli, ha unanime rivolto viva istanza all'on. Ministro dell'industria di tener conto della definitiva approvazione del regolamento per l'applicazione del decreto-legge, e particolarmente per la parte riguardante il riconoscimento delle Mutue che gli è demandato, delle disposizioni concordemente proposte dalla Commissione e dal Consiglio della Previdenza, nel senso:

di limitare il riconoscimento e l'azione delle Mutue a quelle preesistenti ed esercenti in modo lodevole, e tale da dare garanzia di sè per prevalenza di assicurazioni agricole, per valore di organizzazione, per estensione di operazioni, come è voluto dalle finalità e dalle disposizioni stesse del decreto-legge;

ponendo così la Cassa Nazionale Infortuni, alla quale dallo stesso decreto-legge è assegnato in modo preminente il compito di provvedere all'assicurazione agricola, nella condizione di poter efficacemente esplicare la sua azione feconda in tutti i compartimenti agricoli del Regno.

Un appello della Croce Rossa Montenegrina agli Italiani.

Il delegato della C. R. Montenegrina per l'Italia ha diretto agl'Italiani un appello in cui è detto:

«Mentre sull'orizzonte del mondo sorge soffusa d'ogni più bella speranza l'alba radiosa della vittoria e della pace, mentre ogni popolo che ha combattuto per il trionfo di un magnifico ideale di giustizia e di nobiltà umana si appresta a ricevere quelle soddisfazioni morali e materiali, uno degli alleati, il più piccolo ed il più sacrificato — il nostro disgraziato Montenegro — dovrà attendere con particolare cura alla ricostruzione della sua terra e della sua vita sociale, perchè anche su di esso infierì il barbaro nemico e finora, senza alcun soccorso, fu lasciato in uno stato eccezionale di miseria e disperazione.

«Nobili figli dell'Italia, oggi come sempre dilet-

ta al nostro cuore, voi che leggete questo appello, ascoltàtelo! E ancora una volta siate generosi verso lo sventurato popolo alleato ed amico vostro, dilaniato dalle malvagità nemiche, dalla fame e dai contagi.

« Pur consapevoli dei vostri innumerevoli sacrifici, vi chiediamo il vostro generoso soccorso; ve lo chiediamo per la gloria dei vostri figli eroicamente combattenti ed in nome dei nostri bambini morenti di fame: per la felicità delle vostre famiglie trepidanti ed in nome delle nostre torturate e avvilite; che il vostro aiuto generoso ci giunga in tempo a soccorrere quelli che ancora si possono soccorrere.

« Con affetto immutato e immutabile il nobile ed eroico popolo italiano avrà la gratitudine eterna del popolo montenegrino ».

Elargizioni benefiche.

L'ex-presidente degli Stati Uniti d'America, Roosevelt, ha disposto che il premio Nobel per la pace, del valore di circa 200,000 franchi, che gli era stato assegnato, venga ripartito tra la Croce Rossa Americana, la Croce Rossa Italiana, i profughi serbi e belghi, i cristiani armeni ed assiri, i romeni, i montenegrini e i dipartimenti francesi invasi, onde mostrare la sua riconoscenza per coloro che combattono e soffrono per la libertà dei popoli.

La contessa Virginia della Somaglia, per onorare le memoria del compianto coniuge, che presiedette per molti anni la Croce Rossa Italiana, ha offerto 100,000 lire alla benefica istituzione, per venire in soccorso ai bambini tubercolotici di Roma.

L'ing. comm. Remo Lanfranchi di Cremona ha elargito al suo Comune lire 100,000 per onorare la memoria del figlio Gianfranco, caduto in Francia, come già fece per l'altro figlio Carlo, caduto sul Carso: le rendite verranno devolute alla beneficenza; ha pure elargito altre 30,000 lire in beneficenza.

I sigg. Giacomo e Mario Fossati, per onorare la memoria del fratello Erminio, morto in guerra, hanno mandato al Prefetto di Genova 250,000 lire, da distribuire fra opere benefiche di guerra.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata a Napoli la pubblicazione della « Gazzetta Medica Napoletana », periodico mensile di pratica medico-chirurgica diretto dai liberi docenti A. Pireira e R. Falena; ne è redattore-capo il dott. E. Verde.

Cordiali auguri.

Contro l'influenza.

Il dott. Raffaele Pagniello, ufficiale sanitario del Comune di Melfi, ha pubblicato, in foglio volante, buoni « Cenni e consigli sulla etiologia e profilassi della influenza e polmonite epidemica ».

Una nuova società inglese di radiologia.

Si è di recente costituita in Inghilterra una Società di radiologia medica, sotto il titolo di *British Association of Radiology and Physiotherapy*. Ne è presidente sir James Mackenzie Davidson.

Scopo della Società è di sviluppare e favorire gli studî e le ricerche riguardanti la specialità; essa mira anche ad ottenere presso le Università che il riconoscimento degli specialisti avvenga esclusivamente per diploma conseguito in seguito ad esami.

Aumento di onorari medici negli Stati Uniti.

I medici di alcuni centri degli Stati Uniti, a quanto annunzia il *Medical Record*, hanno deciso di elevare la tariffa per le visite ordinarie da dollari 1.00 a dollari 1.50.

Essi giustificano questo innalzamento di tariffa non solo con il rincaro generale della vita, ma anche, in particolare, con quello di tutti i presidî medici e chirurgici e della benzina per automobili, i cui prezzi sono cresciuti di 20-200 %.

Si è spento a Friburgo i. B. r. il prof. BERNARDO KÖNIG, direttore della Clinica ginecologica di quella Università.

Il König è notissimo per l'introduzione nella pratica ostetrica della narcosi scopolamino-morfinica, allo scopo di rendere il parto indolore; in questo campo il suo nome è associato a quello del suo aiuto Gauss.

Molte benemerenze egli ha acquistato, grazie alle molteplici applicazioni dei raggi X in ginecologia e ostetricia: per la diagnosi di gravidanza, delle viziature pelviche, delle alterazioni dell'apparato urinario femminile (colla pielografia e la cistografia), ecc., e più che altro per la terapia: egli è stato l'assertore di una nuova tecnica, caratterizzata dall'uso di raggi ultra-duri e di alte dosi; a lui si deve in buona parte se l'impiego dei raggi X e delle sostanze radioattive nella cura dei fibromi, delle metropatie emorragiche e dei tumori maligni, è venuto sempre più diffondendosi e accreditandosi.

R. B.

Indice alfabetico per materie.

Aerofaglia di origine naso-faringea . . *Pag.* 1171
Cancro della seconda metà del crasso, escluso il retto: operazioni radicali . » 1178
Dissenteria amebica, complicanze, cura » 1161
Invalidi di guerra: assistenza in Germania . . . . » 1185
Milza: rottura traumatica e strappamento del peduncolo vascolare . . . » 1174
Malattie nervose della vecchiaia . . . *Pag.* 1176
Paresi braciale dolorosa da apicite tubercolare . . . . » 1181
Prostatici: trattamento . . . . . » 1181
Sangue: ricerca nell'urina, nelle feci e nei liquidi patologici . . . . » 1182

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp*
(28)

Anno XXV. *Roma, 8 dicembre 1918* Fasc. 49.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Riviste sintetiche: D. De Sandro: La diagnosi delle splenopolmoniti. — **Questioni del giorno**: G. Dragotti: Malattia di Castellani o broncospirochetosi. – **Sunti e Rassegne**: MEDICINA: Dumarest: Le emottisi ed il loro trattamento. — CHIRURGIA: D. C. Balfour: Risultati della cura chirurgica dell'ulcera gastrica. — DERMATOLOGIA: Favre: L'adenia eosinofila pruriginosa. — STORIA DELLA MEDICINA: G. Bilancioni: Il Galilei e le scienze mediche. — **Note e contributi**: V. Duca: Cure preliminari delle fratture delle ossa mascellari. — **Commenti**: I. di Pace: A. Proposito della malaria latente e dell'attivazione stricnica dell'ascesso malarico.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sindrome da affaticamento e paralisi progressiva iniziale. — SEMEIOTICA: Le manifestazioni bucco-faringee nella febbre tifoide. — TERAPIA: Le lavande vaginali. — L'alimentazione nel vomito delle gravide. — **Posta degli abbonati**. — **Cenni bibliografici**. — **Varia**.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Medicina sociale**: Legislazione sociale di previdenza. — **Medaglioni**. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

RIVISTE SINTETICHE.

La diagnosi delle splenopolmoniti. (1)

Dott. DOMENICO DE SANDRO
Prof. par. di Clinica medica e di Patologia speciale medica dimostrativa nella R. Università di Napoli.

Sono ben note le varie forme atipiche della polmonite, sia che si tratti di anomalie dello stato generale e per predominio di qualche sintoma (polm., adinamica, atasso-adinamica, maligna, dei bevitori, a sindrome nervosa, biliosa, a forma appendicolare), o di anomalie di sede e estensione del processo pneumonico, (polm. apicale, centrale, doppia, a focolai multipli, polilobare, progressiva, erratica), di anomalie del decorso (polm. abortiva, effimera, fulminante, prolungata, intermittente, latente), di anomalie legate o all'età (polm. infantile, senile) o allo stato generale del paziente (polm. degli astenici, dei deboli, dei cachettici) o alla coesistenza di altra infezione (polm. dei tubercolotici, degli influenzati, tifosi, reumatici, eresipelatosi, malarici), ecc.

Di una di tali forme, la massima del Grancher, detta altrimenti splenopolmonite, e che preferirei si chiamasse *polmonite pseudopleuritica*, illustrerò brevemente la diagnosi, avendo per guida non solo quanto si è scritto dagli altri, ma principalmente quanto risulta dalla mia esperienza.

(1) La ressa di materiale concernente la medicina di guerra ci ha impedito nostro malgrado per lungo tempo di accogliere questo pregevole lavoro che il prof. De Sandro ci aveva offerto; ma ora, pubblicandolo, vogliamo rendere un doveroso omaggio alla memoria del compianto studioso.

Grancher vi comprese gli stati morbosi del polmone che stanno a lato della broncopolmonite, tra congestione polmonare e pneumonite lobare, e che rappresentano specie di polmoniti subacute, simulanti pleuriti con versamento medio.

Frequente è l'errore diagnostico nella spleno-polmonite: molti pratici potrebbero sinceramente confessare di avere qualche volta diagnosticato pleurite essudativa, là ove non vi era che una polmonite massiva.

La conoscenza di questa forma anomala, e la facilità di confusione con i versamenti pleurici, sono state vieppiù divulgate e rilevate dacchè si è molto diffusa la pratica delle punture esplorative toraciche.

Spesso è accaduto, anche a clinici oculati, di avere in un'affezione toracica acuta o subacuta diagnosticato pleurite essudativa, fondandosi principalmente sul dolore toracico laterale, abolizione del fremito toraco-vocale, ottusità percussoria, silenzio respiratorio o mormorio vescicolare molto fievole e indistinto, ovvero soffio bronchiale ed egofonia. Ma quando per assodare la natura del versamento, o per meglio illuminare la diagnosi, hanno praticato punture esplorative, queste, anche bene eseguite, anche ripetute in diversi punti e in varie sedute, hanno dato esito negativo.

Ed allora, divenuto palese l'errore diagnostico, hanno guidato alla vera diagnosi la cognizione dell'esistenza di una forma massiva della polmonite, una più minuziosa e diligente raccolta dei sintomi fisici e funzionali, il decorso del male.

Qualche volta accade che all'inizio si diagnostichi la vera natura del male, un processo pneumonico: senza prodromi febbre alta, con brivido più o meno violento, dolore puntorio d'intensità varia, per lo più unilaterale, continuo, esacerbantesi con i movimenti, tosse, fatti respiratori: tosse secca, dolorosa, stizzosa; respiro incompleto, breve, accelerato; un gruppetto di rantoli inspiratori fini, crepitanti, verso la base; non altre modificazioni ascoltatorie nè alterazioni percussorie.

Si crede pertanto di trovarsi di fronte allo stadio di ingorgo di una polmonite genuina, si aspetta per l'indomani, per i giorni successivi, insieme coi caratteristici sputi rugginosi, l'apparire dei fenomeni del periodo di epatizzazione rossa: percussione ipofonetica timpanitica, che presto diviene più o meno decisamente e profondamente ottusa, di un'ottusità omogenea, a limiti netti; sulla stessa zona rinforzamento del fremito toraco-vocale; ascoltazione più distinta del rantolo crepitante, a bolle fine, numerose, secche, inspiratorie e poi broncofonia, soffio bronchiale prima dolce, quasi soltanto inspiratorio, poi più rude, più tubarico, quasi metallico, contornato da una corona di rantoli crepitanti, mentre appaiono anche rantoli umidi, a piccole e medie bolle, in ed espiratori, consonanti.

Viceversa, contro ogni aspettativa, mentre la ottusità posteriore si va rapidamente estendendo, sino a invadere gran parte dell'aia pulmonale, e diviene più profonda di quel che suole riscontrarsi nella pneumonite franca, il fremito toraco-vocale è abolito, vi è broncofonia, egofonia e soffio bronchiale, o silenzio respiratorio, non si ode crepitio.

Dinanzi a questo quadro fisico si cambia rotta, e o si pensa che la pneumonite precedentemente diagnosticata sia complicata da versamento pleurico (pleuro-polmonite, pleurite parapneumonica), oppure, come più spesso accade, si va all'idea di una pleurite essudativa primitiva.

Si può nella pratica eliminare o ridurre al minimo tali giudizi erronei?

Sì: a patto che si sia diligenti, pazienti nell'osservazione e che siano ben noti alcuni caratteri differenziali esistenti nel decorso, nei sintomi funzionali e sopratutto fisici delle due forme morbose: spleno-polmonite e pleurite essudativa.

Modesta importanza per la diagnosi differenziale hanno alcune particolarità etiologiche.

La spleno-polmonite, malattia invernale, colpisce molto più frequentemente il sesso maschile. Nella statistica di Queyrat su 27 casi figurano 23 uomini.

Nella pleurite essudativa non si riscontra tale marcata predilezione per i maschi.

Gli adulti, verso i 30 anni, e i fanciulli sono più predisposti ad ammalarsi di polmonite massiva. L'età adulta è la prediletta anche per le pleuriti essudative.

La spleno-polmonite può essere *primitiva* e allora per lo più tien dietro a raffreddamento, o *secondaria* a influenza e tubercolosi sopratutto, e poi a tifo, febbri eruttive, reumatismo poliarticolare acuto, malaria, infezione puerperale, diabete. albuminurie, bronchite catarrale.

Le pleuriti essudative siero-fibrinose primitive, la massima parte di natura tubercolare, sono anch'esse favorite nel loro insorgere dal raffreddamento: le secondarie, rare, si possono avere nel corso delle più svariate malattie infettive.

La polmonite massiva ha più frequentemente sede a sinistra, mentre le pleuriti colpiscono indifferentemente l'uno o l'altro lato del torace.

Il decorso delle due malattie offre note differenziali di alquanto valore.

Lenta è l'evoluzione della spleno-polmonite, pure essendo il suo inizio per lo più brusco e solo eccezionalmente preceduto da un periodo bronchitico.

Vi si sogliono descrivere tre periodi: iniziale, di stato, di declinazione.

Nel primo periodo, *iniziale*, l'individuo bruscamente, in seguito a raffreddamento o nel corso di altra malattia, è colpito da malessere, brividi, ipertermia, dolore toracico laterale, dispnea, tosse secca, penosa. Rapidamente, in 2-3 giorni, si manifestano chiaramente e si costituiscono solidamente i fenomeni polmonari: si nota un certo arcuamento del lato toracico colpito, si ha abolizione del fremito toraco-vocale, ottusità percussoria, assenza di mormorio vescicolare, di soffio bronchiale e di rantoli, ossia silenzio respiratorio sulla stessa zona; oppure può udirsi un soffio dolce; egofonia.

Contemporaneamente, o qualche giorno dopo, appare l'espettorazione gommosa.

In tale periodo, che suole durare una settimana, i fenomeni funzionali e generali, l'elevazione termica, la dispnea, il dolore toracico sono più accentuati che nelle altre fasi.

Il secondo periodo, *di stato*, della durata di una, due settimane, è caratterizzato dalla persistenza della sindrome fisica toracica.

Nel terzo periodo, *di declinazione*, della durata di 10-15 giorni, la febbre cade, quando non fosse già scomparsa verso la fine del periodo precedente, e i sintomi fisici si vanno progressivamente modificando. Il fremito toraco-vocale a poco a poco ricomparisce e l'ottusità si va dileguando; il respiro diviene nettamente bronchiale; riappaiono i rantoli crepitanti secchi e presto divengono più numerosi e si trasformano in umidi sottocrepitanti, a piccole e medie bolle, in ed espiratori.

Nell'insieme la malattia, coi suoi tre periodi, suole durare 3-5 settimane (talora sino a 7), senza calcolarvi la convalescenza, che suole essere lenta, lunga, e che svela tuttora la lesione toracica mercè indebolimento del fremito vocale tattile, ipofonesi, fievolezza del mormorio vescicolare.

L'evoluzione delle pleuriti essudative siero-fibrinose e purulente è ben nota, non occorra qui ricordarla.

L'inizio delle spleno-polmoniti è ordinariamente rapido: l'individuo è bruscamente colpito da brivido, che non è unico e intenso, come nella pneumonite franca, ma attenuato e ripetentesi più volte nella giornata e nei giorni successivi, come nelle pleuriti.

Talora appaiono nausee, vomiti.

Più raro è l'inizio prodromico con malessere e bronchite.

L'esordio delle pleuriti essudative può essere brusco con brividi ripetuti e poco intensi e allora non si differenzia da quello della spleno-polmonite. Ma altre volte è subacuto o persino lento e subdolo e allora offre criterio differenziale di un certo valore.

Al brivido della polmonite massiva si accompagnano sintomi generali e funzionali: febbre, dolore puntorio, dispnea, tosse, espettorazione.

L'intensità della febbre è per lo più proporzionale all'entità del dolore, della dispnea e della tosse.

La curva termica suole variare sensibilmente nei diversi soggetti. Tuttavia si può ammettere quale tipo febbrile ordinario quello descritto da Grancher: « Dès le premier jour la température peut atteindre et dépasser 40 degrés; les jours suivants elle oscille entre 39 et 40 degrés, avec le différences de 1 degré et plus entre le soir et le matin. Cela dure quatre, cinq on six jours, puis la moyenne thermique s'abaisse vers 38 degrés avec de grandes oscillations de 1,5 à 2 degrés entre les chiffres du matin et du soir. Après un septenaire, il se fait une nouvelle chute de la colonne mercurielle qui descend le matin à 37 devrés ou au-dessous et touche à 38 degrés le soir; enfin la fièvre tombe tout à fait ».

La febbre delle pleuriti essudative non è per nulla caratteristica; può anche mancare. Abitualmente è poco alta, remitttente, dura parecchi giorni e cade non in modo critico, ma a poco a poco.

Se la pleurite è purulenta, si ha il noto tipo febbrile piemico.

Il dolore puntorio, quasi mai assente, ha il suo massimo d'intensità in corrispondenza dei punti di emergenza dei nervi intercostali o alla regione mammaria, e più raramente alle regioni sopra e sottospinosa o di lato, all'ipocondrio, all'arco costale, verso le inserzioni del diaframma, come se si trattasse di pleurite diaframmatica, nell'addome, e talora, se colpito il lato destro, presso il punto di MacBurney, da simulare le coliche appendicolari.

Il dolore si esacerba durante le compressioni, principalmente quella esercitata dal decubito sul lato colpito, onde è che il paziente decombe sul lato sano. Aumenta anche coi movimenti, sternuti, tosse, inspirazioni, onde respiro più superficiale e più frequente (dispnea puntoria).

Le punture esplorative procurano talora un alleviamento del dolore.

Nei pleuritici il dolore ripete questi stessi caratteri; ma è, in generale, meno intenso e

meno duraturo: scompare col formarsi dell'essudato, inducendo allora il paziente a scegliere il decubito sul lato colpito (segno differenziale da non trascurarsi) per favorire la respirazione del polmone del lato opposto.

Nella spleno-polmonite, dopo costituitisi i sintomi fisici e dileguatosi il dolore, si ha decubito indifferente o, per lo più, sul lato sano.

La dispnea nella polmonite massiva suole essere più accentuata che nelle pleuriti: talora raggiunge il grado di una vera ortopnea, con 40-50 respiri a minuto. Altre volte è di poca entità. Tra l'uno e l'altro estremo vi sono i gradi intermedi.

La tosse frequente, stizzosa, dolorosa, secca finchè non appare l'espettorazione, non si differenzia da quella delle pleuriti. Qualche volta per un periodo più o meno lungo la tosse manca o è scarsa.

L'espettorazione non sempre appare dall'inizio della spleno-polmonite. Quando si manifesta, è di grande importanza per la diagnosi.

Sotto i colpi di tosse vengono emessi sputi liquidi, biancastri, spumosi, sciropposi, gommosi, che ricordano quelli della congestione polmonare di Woillez. Il paragone con lo sciroppo di gomma è felice. « Les crachats blancs, sirupeux, se réunissent et forment une nappe couvrant le fond du vase comme le ferait une solution de gomme arabique ou d'albumine délayée dans de l'eau » (Grancher).

Talora la semplice osservazione di questo espettorato caratteristico guida alla diagnosi.

Gli sputi possono anche essere striati di sangue.

L'esame batterioscopico rivela, a seconda dei casi, pneumococchi, bacilli della tubercolosi o della influenza, ecc.

Nelle pleuriti l'espettorazione manca, o, se presente per concomitante affezione dei bronchi, alveoli, non ha per nulla i caratteri ricordati: l'espettorazione è catarrale.

E veniamo ora ai sintomi fisici, che hanno un'importanza preponderante.

All'inizio sul focolaio di spleno-polmonite il mormorio vescicolare si affievolisce sino a scomparire, mentre si odono finissimi rantoli crepitanti inspiratori (crepitìo inspiratorio), che si rendono più evidenti invitando il paziente a tossire o a respirare profondamente.

Questi rantoli alveolari, vescicolari, identici a quelli che si odono nel primo stadio della pneumonite lobare (*crepitatio indux*), sono esclusivamente inspiratori o si odono verso la fine della inspirazione, costituiti da bolle finissime, eguali, regolari, numerose, isocrone, ad egual timbro sonoro e identico carattere di secchezza, si percepiscono come vicinissimi all'orecchio dell'osservatore, e rassomigliano allo stropicciamento dei capelli fra le dita in vicinanza dell'orecchio, o al rumore che si produce avvicinando all'orecchio i polpastrelli dell'indice e pollice inumiditi e distaccandoli rapidamente dopo averli compressi.

L'esistenza di questo sintoma in individuo che bruscamente ha avvertito brivido, ipertermia, dolore toracico laterale, dispnea e tosse, mette immediatamente il medico sull'avviso di un focolaio pneumonico. E più propriamente si pensa alla forma più comune in tale evenienza, cioè alla polmonite crupale.

Attribuisco capitale importanza a tale segno. L'averlo rilevato faciliterà la diagnosi di polmonite massiva nei giorni successivi, allorchè per l'abolizione del fremito toraco-vocale ed egofonia congiunte all'afonesi e al silenzio respiratorio o soffio bronchiale, la diagnosi di pneumonite franca non più soddisfa e si va invece con la mente alla pleurite essudativa.

Infatti tanto all'inizio che nell'ulteriore decorso delle infiammazioni pleuriche con versamento il crepitìo inspiratorio è assente o è, tutto al più, se vogliamo accordare credito agli AA. che affermano di averlo riscontrato (Strümpell, Tardieu, Rothbach, Tanowsk (2), eccetera), rarissimo e fugace. Si ammetterebbe l'esistenza del rantolo crepitante nelle pleuriti a versamento modico, tale da comprimere e far collabire le pareti degli alveoli e piccoli bronchi, che si ridistenderebbero nelle inspirazioni generando il caratteristico crepitìo.

Qualunque sia la genesi, è rarissimo, ripetiamo, il crepitìo nelle pleuriti ed esso, al pari di quello che può udirsi durante profonde inspirazioni sulle basi anche degli individui sani, che hanno a lungo riposato in decubito supino e respirato superficialmente, sopratutto se vecchi (crepitìo fisiologico), rapidamente si dilegua dopo i primi profondi atti respiratori. Esso non ha la costanza, l'intensità, nè la gran copia di bollicine che nelle flogosi polmonari.

Ma non sempre in pratica è dato avvalersi di questo sintoma prezioso di diagnosi differenziale, o per essere sfuggito a un esame superficiale, o per non avere avuto occasione di osservare il paziente all'inizio del male, o per non averlo potuto mettere in evidenza a causa della localizzazione centrale del primordiale focolaio spleno-pneumonico.

Nei primi giorni di una pleurite essudativa, prima ancora che l'essudato si formi, l'ascoltazione, oltre che la palpazione, può percepire, originato dalla scabrosità e attrito delle due lamine viscerale e parietale della sierosa infiammata, sfregamento pleurico, che ordina-

riamente, specie per la sua intensità, è facilmente differenziabile dal rantolo crepitante ed ha gran valore diagnostico.

Anche nei casi più rari di sfregamento pleurico finissimo, la differenziazione non è difficile, per il seguente carattere sopratutto. Lo sfregamento è a un tempo in ed espiratorio e talora si ascolta anche ad espirazione compiuta, mentre il crepitìo è esclusivamente inspiratorio.

All'inizio della polmonite massiva insieme con il rantolo crepitante può comparire soffio bronchiale alquanto forte.

Quando questo segno fisico si manifesta precocemente, ha un certo valore per la diagnosi differenziale con la pleurite essudativa, in cui il soffio appare più tardivamente, quando l'essudato si è prodotto in certa copia, da comprimere la base polmonare, che, priva di aria, divenuta una massa compatta, trasmette il soffio bronchiale originatosi a livello della rima glottidea.

Nei giorni successivi, e ancora di più nel periodo di stato, nuovi sintomi fisici appaiono, che, insieme vagliati, sogliono far deviare il clinico dalla diagnosi di processo pneumonico e lo inducono a pensare a una pleurite essudativa. Principali fra essi sono: l'abolizione del fremito toraco-vocale, l'ottusità percussoria, il soffio bronchiale, l'egofonia.

È noto come nel secondo stadio delle polmoniti lobari, a causa della solidificazione dell'organo nel tratto affetto, il fremito toraco-vocale sia, a meno che non coesista essudato pleurico o non si tratti di un focolaio centrale, rinforzato, dovendo le vibrazioni delle corde vocali attraversare un medio di meno che in condizioni fisiologiche, ed essendo stato, per di più, il medio gasoso, scomparso dagli alveoli, sostituito da essudato solido e quindi buon conduttore.

Nella spleno-polmonite invece il fremito toraco-vocale è scomparso, dappoichè l'essudato intrapolmonare oltre a essere ordinariamente più fluido, oltrepassa i limiti abituali nella polmonite crupale, si produce anche nei bronchi, inibendo la trasmissione delle vibrazioni delle corde vocali.

L'assenza del fremito toraco-vocale è uno dei principali sintomi ingannatori nella splenopolmonite, perchè, accompagnata, come è, da ottusità percussoria, ed egofonia, mena alla diagnosi di versamento pleurico.

L'errore può essere evitato, oltrechè dall'osservazione minuziosa, la quale metterà in evidenza la vera natura del male, anche da alcuni caratteri differenziali che l'abolizione del fremito toraco-vocale riveste nei due casi.

Nella polmonite massiva le vibrazioni toraciche, abolite nella zona ad ottusità percussoria, riappaiono, non ad un tratto, ma gradualmente, crescendo d'intensità a misura che si risale sulle parti superiori del polmone rimasto integro. Nei versamenti pleurici, invece, le vibrazioni ricompaiono bruscamente al disopra del limite superiore del versamento.

Di più, mentre nella splenopolmonite il fremito vocale è abolito per tutta la zona ottusa, nelle pleuriti può presentarsi rinforzato nella porzione superiore della zona afonetica, a causa dell'esistenza ivi di massa polmonare divenuta compatta per compressione esercitata dal versamento, specie se esistono aderenze pleuriche, che accostino alle pareti toraciche il polmone condensato.

Alla percussione sul focolaio di splenopolmonite si ricava un'ottusità più accentuata che nella polmonite lobare e talmente completa e assoluta da simulare bene quella dei versamenti pleurici, tanto più che essa è estesa dalla base a buon tratto del polmone.

Però anche qui un esame attento può spessissimo colpire note differenziali preziose.

Anzitutto nelle spleno-polmoniti il passaggio dalla zona ottusa a quella sonora avviene gradualmente: di mano in mano si passa dal suono ottuso allo schietto polmonare.

Nelle pleuriti, se il versamento è scarso, si ha parimenti un passaggio graduale dal suono ottuso al chiaro normale. Ma se il versamento è di medio volume, se il polmone è alquanto compresso, al disopra dell'ottusità del liquido appare un suono timpanico con sede prediletta anteriormente all'altezza del secondo spazio intercostale, specie se l'affezione è a destra (timpanismo chiuso di Skoda, suono skodiano, skodismo).

Se poi l'essudato è così copioso da occludere gli alveoli e lasciar tuttora vibrare l'aria dei bronchi, si ha il suono tracheale o timpanismo aperto di William, cioè un suono timpanico la cui altezza aumenta con l'apertura e diminuisce con la chiusura della bocca.

Ma più interessante ancora è lo studio dell'ottusità mobile, del comportamento della linea di Damoiseau-Ellis, dello stato della zona semilunare di Traube, dell'esistenza del triangolo paravertebrale di Grocco e dell'ottusità retrosternale di Banti, nonchè dell'abbassamento del fegato e dello spostamento del cuore, dell'aspetto dell'emitorace colpito, dell'eventuale deviazione dello sterno.

Nei versamenti pleurici, eccezion fatta per le pleuriti saccate e interlobari, l'ottusità è mobile, mobilità che può facilmente mettersi in

evidenza invitando il paziente a passare da un decubito all'altro.

Se dopo avere segnato anteriormente sul petto il limite inferiore di chiarezza pulmonare durante il decubito supino, senza allontanare il dito che fa da plessimetro, si invita il paziente a decombere semiassiso col tronco inclinato in avanti, il suono da chiaro diverrà ottuso. Lo stesso si constata percuotendo posteriormente, prima mentre il paziente è assiso in piedi e poi mentre decombe sul lato sano, in modo che l'essudato venga per forza di gravità a spostarsi verso la colonna vertebrale. La mobilità, pur non essendo così accentuata come nell'idrotorace, è tuttavia, non ostante le eventuali aderenze, ordinariamente rilevabile negli essudati pleurici.

Se il versamento è così copioso da raggiungere le regioni alte del torace, l'ottusità perde, naturalmente, il carattere di mobilità.

Nella splenopolmonite l'ottusità non è mobile.

Nelle pleuriti essudative in decubito assiso e nella stazione eretta, il limite superiore di ottusità non è quasi mai orizzontale, ma, in rapporto alle aderenze formatesi per il decubito a letto che sogliono serbare tali pazienti, è discendente in avanti (linea di Damoiseau o di Ellis) e quindi nettamente differenziabile anche dall'ottusità dell'idrotorace, orizzontale, e da quella epatica, discendente in dietro (linea di Jaksch).

L'ottusità delle polmoniti massive non segue nel suo limite superiore tale disposizione. Questa viceversa dipende dalla sede ed estensione del focolaio e il più delle volte suole così comportarsi: « Il limite superiore di questa ottusità si trova indietro a livello della fossa sottospinosa, arriva al margine posteriore dell'ascella e contorna obliquamente il torace per venire a raggiungere l'ottusità cardiaca un po' al di sopra del capezzolo; il fondo dell'ascella è sonoro » (Guallois) (3).

Quando l'affezione risiede a sinistra, un ottimo criterio differenziale è fornito dal comportamento percussorio dello spazio semilunare di Traube, la cui sonorità timpanica si conserva integra, o quasi, nella polmonite massiva, e si riduce, sino a scomparire, sostituita da ottusità, nei versamenti pleurici.

Deve essere bene praticata questa percussione, ricordando, per evitare possibili errori, che la zona del Traube, quella parte cioè dell'aia gastrica sita sull'ipocondrio sinistro a sonorità timpanica assoluta, è limitata in alto da una curva a concavità inferiore e in basso dall'arcata costale, si estende dalla sesta alla nona cartilagine costale e dalla punta del cuore alla linea ascellare anteriore prolungata, misura in media 8-10 cm. di altezza per 12 di larghezza ed aumenta o diminuisce di ampiezza non solo per versamenti pleurici, ma anche per affezioni gastriche, epatiche, cardiache, pulmonari, spleniche.

Il triangolo paravertebrale di Grocco, che i nostri *amici tedeschi*, per l'abituale vezzo di attribuirsi quanto v'è di buono, anche se *italiano*, chiamano di Rauchfuss, quella zona cioè di ottusità triangolare che si ha sull'emitorace sano con un lato sulla linea paravertebrale alto sino al livello superiore del liquido e gli altri due lati obliqui, esiste nei versamenti pleurici a causa dello sfiancamento del sacco pleurico e dello spostamento degli organi del mediastino compressi e ricacciati. È assente nella splenopolmonite ove tali condizioni per la sua genesi non si avverano.

L'ottusità retrosternale di Banti, l'ipofonesi o afonesi che sostituisce la risonanza chiara che normalmente si ricava percuotendo sulla porzione alta dello sterno, fra margine superiore del manubrio e un'orizzontale tirata a livello della 3ª o 4ª cartilagine costale, mentre si ha nei copiosi versamenti pleurici, manca nella polmonite massiva.

Sull'importanza dei segni di Grocco e di Banti hanno insistito anche Pieraccini (4), Baduel e Siciliano (5).

L'abbassamento del fegato nelle affezioni dell'emitorace destro e lo spostamento a destra del cuore in quelle di sinistra, mentre sogliono riscontrasi nei versamenti pleurici, specie se abbondanti, non si hanno nella spleno-polmonite.

Per essere più esatti, nella splenopolmonite sinistra si può, al pari che nella polmonite lobare e congestione polmonare, riscontrare la punta deviata verso destra. Ma questa deviazione è tutt'altro che costante ed è, in ogni caso, di grado minimo.

Nelle pleuriti, se il versamento è copioso, l'emitorace ammalato presentasi più ampio che nel lato sano, con gli spazi intercostali appianati e di ampiezza regolare o superiore alla normale, il capezzolo mammario è più allontanato dalla linea mediana e la scapola dalla colonna vertebrale. Se l'essudato è ancora più abbondante, si aggiunge maggiore elevazione della spalla, deviazione dello sterno, convessità della colonna vertebrale verso lo stesso lato colpito.

Anche l'emitorace della splenopolmonite presentasi ampliato. Ma questo ampliamento ha delle modalità speciali, presenta come una specie di curvatura (fare astrazione da deformazioni professionali e rachitiche) constatabile

specialmente all'ispezione della parete posteriore. Gli spazi intercostali (importante) sono ristretti; non vi è spostamento del capezzolo mammario, della scapola e dello sterno dal lato affetto.

La deviazione dello sterno può essere constatata, oltre che all'ispezione diretta, col metodo della cordicella di Pitres (6): nel decubito supino un filo teso dalla forchetta sternale alla sinfisi pubica, nei pleuritici con copioso essudato, invece di passare esattamente sulla linea mediana dello sterno, come nei soggetti normali, forma con la medio-sternale un angolo più o meno aperto.

Nella polmonite massiva sulla zona ottusa si può avere silenzio respiratorio dopo le prime 12-24 ore dall'inizio e durante i primi tre giorni. Poi si ode soffio bronchiale, che presto guadagna d'intensità e di superficie procedendo dall'alto verso il basso. Questo respiro bronchiale si differenzia in certo modo da quello delle pleuriti, per essere più costante, più accentuato, più esteso, più precoce, di intensità pressochè eguale in tutta la sua estensione. Il soffio pleuritico, oltre a essere più dolce, più velato, aumenta d'intensità procedendo dalla base verso l'ilo del polmone.

Nella pleurite essudativa, ascoltando posteriormente mentre il paziente pronunzia la parola *trentatrè*, in quasi tutta l'aia di ottusità la voce si ode rinforzata (broncofonia) e molto spesso trasmessa con quel carattere tremulo, come il belare, con timbro nasale (egofonia, o voce caprizzante, o rinofonia, o voce di pulcinella).

Nella splenopolmonite avviene altrettanto: tuttavia l'egofonia suole essere meno pura e la broncofonia più forte.

Tanto nei pleuritici con essudato che negli splenopolmonitici, applicando a piatto sur un punto dell'emitorace leso una moneta di bronzo da due soldi e percuotendo su di essa col taglio di un'egual moneta, mentre si ascolta sur un punto opposto, invece di un suono sordo, lontano e ottuso, quale si ottiene nell'individuo sano, si percepisce un rumore argentino. Perciò il segno del soldo di Pitres non ha in questi casi valore differenziale.

Tutti i sintomi e criteri passati in rassegna, isolatamente considerati non hanno gran valore: ma vagliati nel loro insieme ci permettono quasi sempre di stabilire una diagnosi differenziale fra splenopolmonite e pleurite essudativa.

In qualche raro caso possono tuttavia apparire insufficienti, lasciare sospeso il giudizio del pratico. Allora il dubbio può essere diradato dalla puntura esplorativa, che è innocua, anzi spesso allevia il dolore della splenopolmonite, e che si pratica con la solita tecnica.

L'ammalato è disposto assiso sul suo letto colle braccia stese sulle ginocchia e il tronco inclinato in avanti: starà tranquillo senza parlare nè tossire. Si lava con etere la regione sottoscapolare e indi la si pennella con un batuffolo imbevuto di tintura di iodo. Si punge il punto di massima ottusità. Occorre, per ragioni ovvie, evitare di pungere troppo in basso o troppo in alto. Punti di elezione sono il 6°, 7°, o 8° spazio intercostale lungo la linea angolo scapolare, o tra questa e l'ascellare posteriore.

L'operatore, dopo essersi lavate e disinfettate le mani, ricercato lo spazio intercostale, lo limita con l'indice e pollice della sinistra e penetra nel mezzo di esso spazio con un ago sterile, lungo 4-8 cm., innestato a siringa previamente bollita, munita di stantuffo che faccia bene il vuoto, della capacità di 1, 12, 5, 10 c. c.

Con colpo sicuro si penetra nei tessuti per 3-5 cm. a seconda dello spessore della parete toracica, e si aspira. Indi si applica un po' di cerotto adesivo.

Ove trattisi di versamento, l'ago è penetrato nel sacco pleurico. Si estrarrà, a seconda dei casi, liquido siero-fibrinoso, siero-ematico, purulento, ecc.

Se invece si ha da fare con una spleno-polmonite, la siringa non aspirerà nulla (puntura negativa, bianca), oppure, per la penetrazione dell'ago nel parenchima pulmonale, si trarrà sangue misto a bollicine di aria. Per assicurarsi ancora di più, si può ripetere la puntura nella stessa seduta, in punti diversi, e nei giorni successivi.

Non è raro però che nel caso di una splenopolmonite si verifichi una reazione da parte della pleura; anzi si ritiene che pleurite a essudato liquido coesista spesso (Filippi) (7) e persino sempre (Mosny) (8). In tali casi se il versamento non è molto esiguo, vi è possibilità che la puntura riesca positiva. Del pari causa di errore potrebbe essere la coesistenza di versamento pleurico concomitante a pneumonite lobare.

La puntura bene eseguita può riuscire positiva anche se si tratti di pleurite purulenta interlobare, affezione questa che qualche volta simula, alla sua fase iniziale, la splenopolmonite come nei due casi di Thiroloix e Rosenthal (9) e nel caso di Labbé e Rosenthal (10). È talora accaduto di diagnosticare spleno-polmonite dove vi era piopleurite interlobare: l'errore è divenuto manifesto più tardi con l'apparire di sintomi chiari, come caratteristica

vomica. In tali casi utile per la diagnosi è anche l'esame coi raggi X.

Stabilita la diagnosi di polmonite massiva, occorre determinarne la natura.

Grande importanza per la prognosi, cura e profilassi merita la distinzione tra le splenopolminiti tubercolari e quelle di altra natura, le quali ultime potrebbero raggrupparsi sotto il nome generico di semplici o non tubercolari.

Le tubercolari colpiscono per lo più giovani, donne incinte o in puerperio, ma anche fanciulli, soggetti con precedenti ereditari o personali inquinati, con abito tubercolare e viventi in ambienti favorevoli allo sviluppo del bacillo di Koch. Hanno abitualmente decorso più lento e si accompagnano a segni apicali (respiro debole, rantoli, ipofonesi, fremito toracovocale rinforzato, respiro bronchiale, interciso, ecc.).

Occorre però tenere presente che scarsi sintomi apicali possono aversi anche nelle forme semplici; ma sogliono essere meno precoci, meno persistenti, meno tenaci e molto meno intensi.

L'esame dell'espettorato, se rivela bacilli tubercolari, risolve la quistione, ma se negativo, non ha valore assoluto. Maggiore importanza ha allora l'inoculazione degli sputi in animali recettivi (cavie): ma con questo metodo la diagnosi di natura non può stabilirsi che tardivamente, dopo 3-5 settimane dall'inoculazione.

Scarso valore hanno l'oftalmo e cutireazione alla tubercolina e la citodiagnosi per le ragioni a tutti note.

Tra le splenopolmoniti semplici, non tubercolari, si possono considerare quelle da influenza, da pneumococco, le reumatismali, quelle accompagnanti la bronchite acuta.

La polmonite massiva da influenza suole manifestarsi nella prima settimana dall'attacco influenzale, ed essere caratterizzata da silenzio respiratorio (vi sono più rari che nelle altre varietà il soffio bronchiale e i rantoli), da minore frequenza dell'egofonia, da espettorazione più tardiva, da una durata di 3-6 settimane, da quasi costante assenza di apprezzabili segni apicali, da estrema variabilità e morbilità delle modificazioni fisiche da un giorno all'altro, per cui lo stesso sintoma scompare per riapparire e nuovamente dileguarsi. Questo ultimo carattere, la variabilità della sindrome fisica, può aversi anche negli altri tipi, ma meno frequentemente e meno spiccatamente.

Le splenopolmoniti pneumococciche sogliono durare 3-4 settimane dando defervescenza per lisi: l'esame batterioscopico degli sputi rivela presenza di molti pneumococchi.

Le reumatismali sono le più benigne e talora passano quasi inosservate nel corso di un reumatismo poliarticolare acuto per la poca loro dolorabilità, per la rapidità di evoluzione e attenuazione dei sintomi.

Le spleno-polmoniti consecutive a bronchite acuta sono anch'esse molto benigne: un bronchitico banale è colpito da dolore toracico laterale e la sua temperatura si eleva; sulla base subottusità, soffio, egofonia. Tutto risolve in 2-3 settimane.

Fondandosi su tali criteri, anche la diagnosi di natura è quasi sempre possibile.

Prima di terminare riporto nel seguente specchietto i principali segni di diagnosi differenziale tra pleuriti essudative e splenopolmoniti.

Splenopolmonite.	**Pleurite essudativa.**
1. Più frequente nei maschi.	1. Colpisce indifferentemente ambo i sessi.
2. Colpisce più spesso il polmone sinistro.	2. Colpisce indifferentemente l'uno o l'altro lato.
3. Inizio quasi sempre brusco.	3. Inizio meno frequentemente brusco.
4. Durata 3-7 settimane con decorso in 3 periodi: iniziale, di stato, di declinazione.	4. Durata e decorso vario senza i 3 caratteristici periodi.
5. Ipertermia più intensa.	5. Ipertermia meno intensa: talora temp. normale.
6. Dolore toracico laterale più intenso e più duraturo.	6. Dolore toracico laterale meno intenso e meno duraturo.
7. Decubito, allorchè si sono costituiti i segni fisici, indifferente o preferibilmente sul lato sano.	7. Decubito, dopo avvenuto il versamento, sul lato colpito.
8. Dispnea abitualmente più accentuata.	8. Dispnea meno accentuata.
9. Espettorato di aspetto gommoso.	9. Aspettorato assente o non gommoso, ma catarrale.
10. Presenza, all'inizio, di crepitio inspiratorio.	10. Crepitio inspiratorio assente o fugace, dileguantesi dopo i primi profondi atti respiratori.
11. Assenza di sfregamento pleurico.	11. Sfregamento pleurico all'inizio e quando il versamento si è riassorbito.
12. Fremito toraco-vocale abolito su tutta la zona di ottusità; riappare a poco a poco e va aumentando gradualmente a misura che si risale dalle parti colpite alla porzione alta del polmone.	12. Fremito toraco-vocale non sempre abolito su tutta la zona di ottusità percussoria, sulla cui porzione superiore può presentarsi rinforzato per la condensazione del polmone; ricompare bruscamente al di sopra del limite superiore del versamento.
13. Passaggio graduale dalla zona ottusa alla sonora.	13. Nei versamenti modici passaggio graduale dall'ottusità alla chiarezza. Nei versamenti medi al di sopra dell'ottusità timpanismo chiuso di Skoda. Nei versamenti copiosi al di sopra dell'ottusità timpanicismo aperto di William.
14. Ottusità non mobile.	14. Ottusità mobile ad eccezione delle forme interlobari, saccate, con molte aderenze.
15. Limite superiore di ottusità a decorso vario.	15. Limite superiore di ottusità discendente in avanti.

Splenopolmonite.	Pleurite essudativa.
16. Nella splenopolmonite sinistra conservazione dello spazio semilunare di Traube o diminuzione poco apprezzabile.	16. Nella pleur. essud. sinistra notevole riduzione e scomparsa dello spazio semilunare di Traube.
17. Assenza del triangolo paravertebrale di Grocco.	17. Presenza del triangolo paravertebrale di Graco.
18. Assenza dell'ottusità retrosternale di Banti.	18. Presenza della ottusità retrosternale di Banti, se il versamento è copioso.
19. Assenza di abbassamento del fegato nella splenopolmonite destra.	19. Abbassamento del fegato nei copiosi versamenti pleurici di destra.
20. Deviazione a destra della punta del cuore assente o minima nella splenopolmonite sinistra.	20. Deviazione a destra della punta del cuore costante e proporzionale al grado di versamento pleurico sinistro.
21. Aumento meno apprezzabile del torace dal lato affetto, con spazi intercostali ristretti e senza spostamento del capezzolo, della scapola e dello sterno.	21. Aumento più apprezzabile dell'emotorace colpito con spazi intercostali appianati e di ampiezza normale o aumentata, con spostamento del capezzolo mammario, della scapola e dello sterno.
22. Soffio bronchiale più costante, più precoce, più diffuso, d'intensità eguale in tutta la sua estensione.	22. Soffio bronchiale meno costante, più tardivo, più dolce, come velato, meno diffuso, d'intensità crescente dalla base verso l'ilo.
23. Egofonia meno pura e broncofonia più forte.	23. Egofonia più pura e broncofonia meno forte.
24. Puntura esplorativa negativa o aspirazione di poche gocce di sangue unite a bollicine di aria.	24. Puntura esplorativa dà esito a liquido.

Concludendo: per quanto la splnopolmonite, da chiamarsi più appropriatamente *pneumonite pseudopleuritica*, simuli la pleurite essudativa, sarà tuttavia possibile la diagnosi fondandosi sulle differenze esistenti in alcuni caratteri e sintomi delle due malattie.

Nella spleno-polmonite: sono più frequentemente colpiti i maschi e il polmone sinistro; l'inizio è quasi sempre brusco, la durata di 3-7 settimane e il decorso in tre periodi — iniziale, di stato e di declinazione — mentre nella pleurite essudativa l'inizio è meno frequentemente brusco, la durata e il decorso varii senza i tre caratteristici periodi; l'ipertermia è più considerevole e il dolore toracico laterale più intenso e più duraturo; allorchè il dolore si è attenuato, decubito sul lato sano e non sul lato colpito; la dispnea è più accentuata, l'espettorato di aspetto gommoso e non assente o catarrale come nella pleurite; vi è crepitiò inspiratorio e assenza di sfregamento pleurico; il fremito toraco-vocale, abolito in tutta la zona di ottusità, riappare a poco a poco e va aumentando gradualmente dalle parti colpite all'ilo del polmone, mentre nella pleurite può, per la condensazione del polmone, essere rinforzato sulla porzione superiore dell'ottusità, e ricompare bruscamente al disopra del limite superiore del versamento: si ha passaggio graduale dalla zona ottusa a quella sonora, come nei versamenti pleurici modici, mentre nei versamenti medî al di sopra dell'ottusità si ha timpanismo chiuso di Skoda e nei copiosi timpanismo aperto di William; l'ottusità non è mobile, quale si riscontra nelle pleuriti, eccettuate le interlobari, le saccate, quelle con molte aderenze; il limite superiore di ottusità ha decorso vario a seconda dei casi, mentre nella pleurite è discendente in avanti (linea di Damoiseau); nelle lesioni di sinistra manca o è minima la deviazione a destra della punta del cuore e lo spazio di Traube è conservato o appena appena apprezzabilmente ridotto, mentre nella pleurite sinistra il cuore è deviato a destra in grado proporzionale alla quantità del versamento e lo spazio semilunare è scomparso o notevolmente ridotto; nelle lesioni di destra il fegato, al contrario che nelle pleuriti, non si abbassa; si ha, contrariamente che nella pleurite, assenza del triangolo paravertebrale di Grocco e dell'ottusità retrosternale di Banti; vi è aumento meno apprezzabile del torace dal lato affetto, con spazi intercostali ristretti e senza spostamento del capezzolo, scapola e sterno, mentre nella pleurite vi è aumento più apprezzabile dell'emitorace con spazi intercostali appianati e di ampiezza normale o aumentata, con spostamento del capezzolo, scapola e sterno; il soffio bronchiale, più costante, più precoce, più intenso e più diffuso, ha intensità eguale in tutta la sua estensione, mentre nella pleurite, è meno costante, più tardivo, più dolce, come velato, meno diffuso, ha intensità crescente dalla base all'ilo; l'egofonia è meno pura e la brocofonia più forte; la puntura esplorativa riesce negativa o dà luogo a poche gocce di sangue miste a bollicine di aria, mentre nella pleurite dà esito a liquido.

BIBLIOGRAFIA.

(1) QUEYRAT. Citato da PICOT in Bulletin médical, 23 luglio 1902.
(2) GRANCHER. *De la pneumonie massive.* Thèse d'agrégation, 1878.
(3) GALLOIS. Citato da SAILLANT in Gazette des Hôpitaux, 1905, p. 375.
(4) PIERACCINI. Clinica Moderna, 1903, n. 1.
(5) BADUEL e SICILIANO. Rivista critica di clinica medica, 1904, nn. 1, 2, 3.
(6) PITRES. *De la voussure du thorax et du signe du cordeau chez les pleurétiques.* Journ. de Méd. de Bordeaux.
(7) FILIPPI. *Sulla splenopolmonite.* Rif. med., 1899, n. 190.
(8) MOSNY. Soc. médical des Hôp., 24 maggio 1907.
(9) THIROLOIX et ROSENTHAL. *Pyopléurites interlobaires ayant, à leur début, simulé la spléno-pneumonie.* Société médicale des Hôpitaux, 5 juillet 1907.
(10) LABRÉ et ROSENTHAL. *Spléno-pneumonie à forme de pleurésie interlobaire à pneumocoques.* Société de Médicine de Paris, 9 ottobre 1908.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Malattia di Castellani o broncospirochetosi.

In un articolo pubblicato nel 1917 Castellani riferiva che in Albania, in un sanatorio italiano per soldati tubercolotici, aveva osservato parecchi casi di un'affezione delle vie respiratorie che egli aveva precedentemente descritto a Ceylan e della quale aveva riconosciuto l'agente specifico. Nel 1904 Castellani fu consultato da un individuo il quale accusava un progressivo dimagramento e tosse accompagnata da espettorato muco-purulento, senza odore e mescolato di tanto in tanto a sangue. La ricerca microscopica del bacillò tubercolare come l'inoculazione alle cavie risultarono sempre negative. Viceversa l'espettorato esaminato tutti i giorni per tre settimane era ricco di spirocheti. Castellani non esitò a mettere una relazione tra la bronchite ed espettorazione sanguinolenta e la presenza degli spirocheti, tanto più che una osservazione analoga egli potette fare su un altro individuo. Nel 1909 ritornò sull'argomento poichè ebbe l'opportunità di osservarne parecchi casi simili a quelli di Ceylan.

Le osservazioni di Castellani richiamarono l'attenzione dei medici dei paesi tropicali. Waters in India, Iackson, Phalen e Chamberlain nelle Filippine, Chalmers e Farrel nel Sudan, Taylor nell'Uganda, Fantham a Kartum, Macfie nella Costa d'Oro, Hallenberg nel Cameroun, Rothwell, Petters e Hall negli Stati Uniti ne constatarono molti casi.

In Europa, oltre le osservazioni di Castellani in Albania, si sono avute le osservazioni di Galli Valerio in Svizzera, di Lurie in Serbia, di Dide, Perliac, Violle e Barbary in Francia, di Nolf e Spehl nell'esercito belga.

La spirochetosi pulmonare emorragica di Castellani può assumere una forma acuta che dura da una a tre settimane, ed una forma cronica che può durare anche parecchi anni.

La forma acuta assume l'andamento clinico di una bronchite acuta: il paziente è colpito improvvisamente in pieno benessere da febbre, raucedine, tosse accompagnata da espettorato sanguinolento, inodore, il quale persiste tre o quattro giorni dopo la caduta della febbre, che in genere è di breve durata. All'ascoltazione di solito non si rilevano che sibili o rantoli a piccole bolle. L'esame radioscopico non mette in evidenza zone di oscurità. All'espettorato sanguinolento segue espettorato muco-purulento con strie di sangue, le quali alla loro volta scompaiono rapidamente. L'esame microscopico dell'espettorato dimostra numerosi elementi spirillari.

La forma cronica è caratterizzata da tosse ribelle che provoca un'espettorazione muco-purulenta non nummulare, senza odore e di tanto in tanto mescolata a sangue, che talvolta può essere emesso anche puro. Violle ha constatato che la secrezione bronchiale può raggiungere un quarto di litro in un giorno. L'espettorato è filante, vischioso, omogeneo, colorato in rosso vivo. Basta averlo visto una volta, dice Violle, per non confonderlo con quello dell'emottisi tubercolare. All'esame del petto si trovano segni variabili: talvolta niente, talaltra una leggera riduzione del murmure vescicolare, segni di bronchite semplice con o senza zone di congestione polmonare, qualche segno netto di bronchite cronica e di enfisema. Lo stato generale è buono e qualche volta anche ottimo. È rara la febbre seguìta da sudore profuso. L'espettorato contiene spirocheti in grande abbondanza. Questi microbi presentano uno straordinario polimorfismo e appunto la loro varietà nella forma e nelle dimensioni costituisce una caratteristica particolare. Il germe, denominato *spirochaeta bronchialis*, può essere lungo da 4 a 30 micromillimetri e largo da 0.2 a 0.6, presenta da 2 a 8 ondulazioni: le estremità hanno una forma variabile, sono spesso a punta e sempre senza flagelli. Ha movimenti di flessione ondulare, talaltra di rotazione ad elica.

Per la ricerca dello spirochete occorre raccogliere l'espettorato dopo aver fatto lavare parecchie volte la bocca al malato allo scopo di eliminare i germi boccali. Per la colorazione si possono adoperare i varî colori di anilina o l'impregnazione al nitrato d'argento.

È possibile confondere il microrganismo identificato con altri germi. Nella cavità boccale allo stato normale si possono trovare varie forme simili, come lo *spirochaeta buccalis* di Steinberg, lo *spirochaeta dentium* di Miller, ed i *treponema macrodentium*, *microdentium* e *mucosum* di Noguchi. Come segni differenziali si possono indicare i seguenti: lo *spirochaeta bronchialis* muore quasi subito dopo la espettorazione, mentre le forme boccali conservano i movimenti parecchie ore; lo *spirochaeta bronchialis* si colora più difficilmente, è più sottile, più flessuoso e si presenta meno a gruppi, contiene più spesso che le altre forme corpuscoli coccoidi ed infine talvolta è endocellulare.

Queste differenze indicate da Fantham non sono sempre così evidenti da poter essere decisive per il riconoscimento. Tenuto conto dell'estremo polimorfismo degli spirocheti è arbitrario volere identificarli a mezzo della loro forma, delle loro dimensioni, della loro colorabilità. Anzi non si può escludere che gli spirocheti bronchiali possano derivare dai tipi

normalmente esistenti nella cavità boccale. Gli spirocheti boccali inoffensivi allo stato saprofitico possono in condizioni ancora sconosciute divenire patogeni e determinare nei bronchi un'affezione specifica contagiosa, come del resto pare avvenga per lo pneumococco.

Conviene anche ricordare che gli spirocheti bronchiali sono stati constatati anche negli espettorati di individui che presentavano i fenomeni generali, i disturbi funzionali ed i segni fisici della polmonite e della bronco-polmonite (Taylor, Horper, Grimault) e al riguardo bisogna anche rilevare che Nolf e Spehl (*Archives Médicales belges*, 1918, n. 7) nei casi mortali all'autopsia hanno trovato focolai di bronco-polmonite o ascessi polmonari. In queste forme esistono associazioni microbiche che danno ragione della varietà del reperto anatomico e della particolare gravità del decorso clinico. Alle associazioni microbiche stesse si deve verisimilmente attribuire la circostanza che la espettorazione e l'alito dei pazienti di Nolf e Spehl erano fetidi, mentre nella forma descritta da Castellani questo carattere manca. Comunque può reciprocamente avvenire, come è stato anche osservato, che la spirochetosi sia a sua volta una complicazione di altre affezioni come la tubercolosi (Branch) e la gangrena polmonare (Mühlens e Küster). Recentemente Verbizier (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1918, n. 40) ha trovato che nelle forme gravi dell'attuale influenza epidemica non è raro trovare nell'espettorato spirocheti simili a quelli descritti da Castellani. Il detto autore sospetta che la presenza di questo microrganismo possa dar ragione di alcune particolarità cliniche di certe forme bronco-polmonari influenzali. Senza pronunziarsi recisamente Verbizier pensa non si possa escludere di trattarsi di una vera spirochetosi.

Barbary (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1918, n. 37) pensa che la spirochetosi bronchiale, l'angina ulcerosa di Vincent e la stomatite ulcerosa di Bergeron siano etiologicamente affini.

Numerosi fatti dimostrano che la bronchite di Castellani sia contagiosa. Taylor, Calmers, Violle, Grimault hanno riferito osservazioni comprovanti che infermieri e vicini di letto si sono contagiati. Il germe può essere trasportato sia sotto forma di spirocheta con le goccioline emesse con la tosse, o sotto forma coccoide nella polvere con sputi disseccati. Gli stati di esaurimento naturalmente favoriscono l'attecchimento del germe ed influiscono sfavorevolmente sul decorso della malattia.

Nolf e Spehl affermano che ogni dubbio sulla etiologia della bronco-spirochetosi si dilegua di fronte al fatto che questa affezione risente molto efficacemente l'influenza curativa delle preparazioni organiche a base di arsenico. In seguito alle iniezioni endovenose di novarsenobenzolo a dosi di 45-60 cgr. ogni cinque o sei giorni i detti autori nei loro casi hanno visto non solo migliorare gradatamente le manifestazioni cliniche, ma hanno anche constatato la rarefazione progressiva e la scomparsa degli spirocheti negli espettorati.

In qualche caso la scomparsa dei germi specifici non è stata accompagnata da un miglioramento nelle condizioni generali e locali: questo fatto è forse in rapporto ad eventuali combinazioni microbiche, donde la necessità di ricorrere all'azione combinata di altri agenti terapeutici, quali i balsamici, l'elioterapia, la ginnastica. Castellani consiglia anche il tartaro stibiato.

Naturalmente non va trascurata la cura sintomatica: per combattere la tosse ostinata giova l'oppio; per arrestare le emorragie gravi si è dimostrato sufficiente il cloruro di calcio; per evitare eventuali complicazioni occorre praticare scrupolosamente l'igiene e la pulizia personale, sopra tutto il lavaggio della bocca; giova tener su le forze con una dieta appropriata; l'aria libera ed il sole fanno sempre bene.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le emottisi ed il loro trattamento.

(DUMAREST. *Paris Médical*, 1918, n. 34).

La causa immediata dell'emorragia polmonare è la rottura di un vaso sanguigno in una cavità aerea. Tale rottura può essere determinata da un processo ulcerativo, ma è evidente che non sono estranei al fenomeno il grado e le oscillazioni della pressione endovasale. Nella genesi dell'emottisi intervengono quindi due fattori, l'ulcerazione e la pressione sanguigna locale, combinati in proporzioni variabili. La prevalenza dell'uno o dell'altro fattore caratterizza le varie forme di emottisi.

In rapporto a queste considerazioni le emorragie polmonari possono attribuirsi ad un processo ulceroso progressivo, ad un processo flussionario attuale, alla ipertensione arteriosa della grande circolazione, alla stasi sanguigna o ad una discrasia cardiovascolare.

1° *Emottisi ulcerosa.* — L'emottisi ulcerosa, sia che dipenda dalla rottura di un aneurisma cavitario, sia che dipenda dallo svuotamento

di un nodulo caseoso inglobante una parete arteriosa, si verifica improvvisamente, brutalmente senza prodromi, senza febbre, in individui che hanno grandi lesioni caseificanti, distruttive e più specialmente, non esclusivamente, nelle fasi tardive dell'affezione. Uno sforzo, una fatica, un trauma, l'esposizione al sole ne sono talvolta la causa occasionale, ma il più delle volte l'accidente sopravviene senza cause apprezzabili. In tali forme di emottisi i medicamenti riescono spesso inefficaci. Conviene ricorrere a mezzi meccanici cercando: *a*) di aumentare la coagubilità del sangue, *b*) di ridurre l'afflusso del sangue e di abbassare la tensione nella piccola circolazione, *c*) di diminuire il più che sia possibile l'attività funzionale dei polmoni ed i movimenti dell'organo, *d*) di comprimere direttamente i vasi che sanguinano, nei casi nei quali l'emorragia abbia un carattere minacciante e i mezzi precedenti siano rimasti inefficaci.

Per aumentare la coagulazione del sangue giovano il siero gelatinato; come pure il cloruro di calcio ed il cloruro di sodio per via interna ed il siero di cavallo per via ipodermica. Per abbassare la tensione nella piccola circolazione si pratica la legatura degli arti alla radice e specialmente quella degli arti inferiori. Si tratta di un mezzo semplice, alla portata di tutti e di una incontestabile efficacia. Bisogna solo che la legatura non sia troppo stretta, per poter essere mantenuta lungo tempo, e che sia poi allentata progressivamente. L'antica ventosa di Iunod ha le medesime indicazioni.

Per ridurre al minimo i movimenti del polmone e specialmente l'inspirazione, che provoca il richiamo del sangue nella piccola circolazione, è stata proposta la compressione esterna mediante fasciatura della parete toracica, la quale ha per effetto di rendere la respirazione più superficiale e di diminuire l'ampiezza e la durata dell'inspirazione.

Ma perchè si possa ottenere la immobilizzazione e la compressione polmonare in modo immediato e perfetto bisogna ricorrere allo pneumotorace, che costituisce il trattamento specifico della grande emottisi ulcerosa quando la sua ripetizione minaccia la vita. Quando poi si pensi che il pneumotorace ha un'azione terapeutica oramai non dubbia sullo stesso processo tubercolare, e quindi che esso agisce simultaneamente sopprimendo il sintomo minaccioso e la causa di esso, viene fatto di pensare che ad un tale espediente non bisogna mai rinunciare quando la origine tubercolare dell'emottisi è ben evidente, quando l'accidente si ripeta con una certa frequenza anche se non minacciosa di pericolo immediato, e quando naturalmente concorrano le altre condizioni che rendono possibile ed efficace lo pneumotorace.

2° *Emottisi congestiva.* — L'emottisi flussionaria si ha negli attacchi pneumonici e nelle congestioni perifocali nella tubercolosi fibrosa e sopratutto nella vasta categoria delle tubercolosi attenuate che sono legate al neuroartritismo. Le emottisi flussionarie si producono per cause interne sconosciute o a causa di influenze esterne, per lo più meteorologiche, sole, vento, raffreddamento, o interne, eccessi dietetici, eccessi sportivi, emozioni, ecc. Talvolta sono periodiche, mensili o a stagioni, come alcune emorragie emorroidarie. Possono essere consecutive ad applicazioni esterne rivulsive, punte di fuoco o tintura di iodio. Alcune possono essere legate ad una infezione intercorrente. Infine si può avere anche l'emottisi mestruale supplementare che accompagna o complica la tubercolosi congestiva delle donne.

Tutte queste forme hanno di comune che l'emottisi è accompagnata o annunciata da manifestazioni generali e locali: reazione termica più o meno marcata, dolori puntorî, malessere generale, modificazioni (focolai di rantoli fini, catarro, ecc.) del reperto ascoltatorio.

L'indicazione terapeutica logica di queste forme è una medicazione anticongestiva, che può ottenersi o a mezzo dei vaso-costrittori ipertensori come l'ergotina, la digitale, la pituitrina, l'adrenalina, l'idrastis, o a mezzo dei vaso-dilatatori-ipotensori come l'ipecacuana, la guipsina, la pituitrina.

L'ipecacuana pare sia la più indicata: abbassa la tensione vasale, ha una spiccata azione decongestionante sul polmone e per la sua proprietà vomitiva vuota i bronchi ed espelle meccanicamente i coaguli.

La pituitrina produce un abbassamento della tensione nella piccola circolazione ed un aumento nella grande. Avrebbe quindi teoricamente buone indicazioni, ma in pratica non sempre risponde.

Un buon medicamento per le emottisi congestive è il nitrito d'amile. L'inalazione di questa sostanza provoca in meno di tre minuti vasodilatazione ed ipotensione nella grande circolazione, vaso-costrizione ed anemia nel dominio della piccola circolazione. Se si aggiunge la sua innocuità, la rapidità d'azione, la facilità d'applicazione, la costanza degli effetti, l'assenza di reazioni vaso-dilatatrici secondarie si può concludere che il nitrito d'amile è fra i più perfetti medicamenti dell'emottisi congestiva.

Il trattamento sarà completato con mezzi meccanici, con senapismi agli arti inferiori, ingestione di ghiaccio, applicazioni fredde o calde.

Le emottisi mestruali si curano con la regolarizzazione del flusso mestruale, per il che si può ricorrere all'opoterapia. Al momento dell'accidente l'aloe, i pjediluvi senapati danno buoni risultati.

3° *Emottisi ipertensiva.* — Il nome di emottisi ipertensiva va riservato esclusivamente ai casi nei quali l'ipertensione vasale è permanente e tale che essa abbia incontestabilmente la funzione principale nella genesi dell'accidente. Tale emottisi si ha perciò nella sindrome cardio-reno-polmonare che è propria della tubercolosi fibrosa. In questi casi l'emottisi si produce a periodi senza cause apprezzabili, o in seguito a fatti che aggravano l'ipertensione, sopravviene più facilmente in posizione coricata e durante la notte. Dà all'infermo un senso di benessere, calma la eventuale cefalea, le vertigini ed il malessere generale indefinito così frequente in questi malati. Sono le così dette emottisi favorevoli. Esse non si accompagnano in generale ad alcun segno ascoltatorio.

La diagnosi si fa facilmente in base alla misurazione della pressione vasale. Il trattamento consiste nella somministrazione ripetuta di solfato di soda, nell'esercizio moderato, nella dietetica latto-vegetariana con soppressione di alcool, nella riduzione dei liquidi. Oltre a ciò giovano sia a titolo curativo che preventivo la pituitrina, la guipsina, l'ioduro di potassio. L'ergotina e la digitale sono controindicate.

4° *Emottisi ipostatica.* — Questa forma è legata alla stasi sanguigna ed ai disturbi circolatorî di origine cardiaca. Il sangue emesso è scarso, di colore nerastro. L'emottisi si verifica al mattino con il risveglio ed accompagna l'espulsione dei primi espettorati. È essenzialmente cronica e sempre senza gravità. Il decubito, che sovraccarica e rallenta il piccolo circolo, l'aggrava: la posizione più indicata è quella seduta con la testa e le braccia ben sostenute. Come medicamenti sono indicati l'hydrastis, la digitale, l'associazione chinino-ergotina.

Una delle complicazioni più gravi dell'emottisi è la ritenzione del sangue nelle vie respiratorie con conseguente infezione. Si tratta di inconvenienti poco comuni, ma certamente gravi sopratutto nella stagione calda: essi possono condurre in qualche giorno alla setticemia acuta o alla bronco-polmonite. La possibilità di complicazioni di questo genere costituisce un argomento in favore dell'impiego degli emetici che al momento stesso dell'emottisi sbarazzano i bronchi del contenuto di sangue e di secrezione purulenta. Lo pneumotorace artificiale è ancora più sicuro al riguardo.

Per lo stesso motivo conviene non abusare nella somministrazione di morfina e oppio. Il vantaggio che si ha nel moderare la tosse e procurare calma al paziente si può scontare col rischio della ritenzione. DR.

CHIRURGIA.

Risultati della cura chirurgica dell'ulcera gastrica.

(D. C. BALFOUR. *Surgery, Gynec. and Obstet.*, giugno 1917).

I risultati che B. riferisce in questo articolo, riguardano 677 casi di ulcera gastrica operati nella Clinica Mayo durante gli ultimi dieci anni. Questo ragguardevole numero non comprende nè le ulcere con dubbia situazione, nè le «lesioni piloriche» nelle quali l'ulcera non si trovava nettamente dalla parte gastrica, nè le ulcere perforate, nè quelle alla cui rimozione seguirono rapidamente sintomi di malignità.

Poichè i risultati operatorî variano con la situazione delle ulcere, queste sono state così classificate:

1° ulcere vicine all'orificio pilorico;
2° ulcere della piccola curvatura;
3° ulcere della parete posteriore;
4° ulcere della parete anteriore;
5° ulcere determinanti la formazione di una clessidra.

Le ulcere piloriche furono 197 (29 %), e per esse si eseguirono le seguenti operazioni:

Gastroenterostomia posteriore .	105	(53 %)
Pilorectomia (Rodman, Billroth n. 1, Polya, ecc.)	41	(20 %)
Escissione e piloroplastica . . .	12	(6 %)
Cauterio e gastro-enterostomia .	11	(5.5 %)
Gastro-enterostomia anteriore .	10	(5 %)
Piloroplastica	8	(4 %)
Escissione e gastro-enterostomia	7	(3.5 %)
Escissione	1	(0.5 %)
Sutura di rinforzo	1	(0.5 %)
Chiusura	1	(0.5 %)
	197	

La cura chirurgica delle ulcere piloriche è coronata da successo più frequentemente di quello che si avvera per le ulcere di altre parti dello stomaco, e ciò sopratutto quando l'ulcera determina fatti di ostruzione; le difficoltà operatorie sono spesso minori, ciò che d'altronde non deve spingere il chirurgo a praticare una pilorectomia, anche se non esistono segni di trasformazione maligna dell'ulcera.

Le ulcere della piccola curvatura furono 316 (46.6 %), cioè le più frequenti. Esse tendono a estendersi dalla piccola curvatura sulle due facce (ulcera a sella), più spesso su quella

posteriore. B. cominciò a sperimentare il suo metodo (cauterizzazione) precisamente su queste ulcere; tale metodo è stato dall'esperienza dimostrato non pericoloso ed efficace, ciò che è stato recentemente confermato da Scudder e Harvey; esso è specialmente indicato nei casi in cui, o per la sede dell'ulcera o per la sua estensione, l'escissione potrebbe riuscire pericolosa. Sui 316 casi di ulcera della piccola curvatura il metodo di Balfour fu adoperato in 62.

Si ebbero 63 ulcere della faccia posteriore (9.8 %): per ottenere l'accesso a queste ulcere si può procedere traverso il ligamento gastro-epatico, o il mesocolon, o separare l'omento dal colon trasverso (Pauchet), o eseguire una gastrotomia anteriore.

Le ulcere della parete anteriore furono soltanto 17 (2.5 %): facile ne è l'escissione e la cauterizzazione.

In 58 casi l'ulcera aveva determinato la formazione di uno stomaco a clessidra. La scelta dell'operazione dipende dalle condizioni generali del paziente, dalle condizioni locali e dalla capacità del chirurgo. In alcuni casi è stato possibile, con buoni risultati, resecare il segmento ristretto con l'ulcera, facendo poi una riunione termino-terminale. Dopo la « resezione a manica » la motilità dello stomaco sembra si avvicini più alla normale, che dopo un'asportazione a V di un tratto della piccola curvatura (Stewart e Barber). In altri casi è possibile soltanto fare una gastro-gastrostomia o una gastro-enterostomia; talora, se l'ulcera è sulla piccola curvatura, può farsene l'escissione, o la cauterizzazione con consecutiva gastroplastica, per correggere la deformità.

La seguente tabella fornisce i risultati ottenuti su 593 pazienti operati dal gennaio 1906 al luglio 1915, e potuti seguire:

		Risultati favorevoli %	Mortalità operatoria %	Operazioni secondarie %
Gastro-enterostomia-posteriore	228	84	1.7	1.8
Pilorectomia	77	90	7.1	3.9
Escissione e gastro-enterostomia posteriore	52	83	3.8	3.9
Cauterizzazione e gastro-enterostomia posteriore	87	—	1.1	0
Escissione	84	57	4.7	32
Resezione a manica	12	90	—	—
Gastro-enterostomia anteriore	27	72	3.7	3.8
Piloroplastica	26	75	7	15

Le conclusioni a cui B. arriva sono:

1° Per le ulcere del piloro la gastro-enterostomia posteriore è l'operazione di elezione quando le condizioni generali sono gravi, poichè, se la pilorectomia dà risultati definitivi migliori, dà anche una mortalità operatoria assai più alta. In alcuni casi la cauterizzazione è un utile complemento.

2° Per le ulcere della piccola curvatura il metodo dell'A. e la gastro-enterostomia sono gli interventi da prediligersi.

3° L'escissione locale di queste ulcere non è di solito sufficiente (il 32 % di tali casi richiedono un ulteriore intervento).

4° La resezione a manica o segmentale in ulcere ampie situate in alto e in certi casi di stomaco a clessidra può di solito eseguirsi con poco rischio, e dà buoni risultati.

5° La minore mortalità operatoria fu ottenuta nei casi operati col cauterio e gastro-enterostomia.

6° Le ulcere della parete posteriore implicano un rischio operatorio maggiore di quelle situate in altre parti dello stomaco.

A. CHIASSERINI.

DERMATOLOGIA.

L'adenia eosinofila pruriginosa.

Contributo allo studio della prurigo linfadenica.

(FAVRE. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1918-1919, tomo VII, n. 1).

La « prurigo linfadenica » è perfettamente individualizzata dal lato clinico, ma non invece per ciò che concerne la sua natura, e partecipa in questo all'oscurità che ancora avvolge quel complesso di fenomeni morbosi rappresentati dalla sindrome linfadenica. Già da lungo tempo nome di linfadenia, gli elementi derivanti dalla clinica e dall'anatomia patologica, di separare delle affezioni diverse fra di loro e che non hanno di comune se non la tumefazione generalizzata dei nodi linfatici, l'andamento progressivo e l'esito in cachessia.

Per quanto ci manchino nozioni precise sulla causa delle diverse malattie riunite sotto il nome di linfadenia, gli elementi derivanti dalla clinica ci permettono qui di fare delle nette distinzioni il cui fondamento, come è accaduto per altre entità morbose, otterrà forse la sua giustificazione da ulteriori ricerche etiologiche.

La « prurigo linfadenica » è caratterizzata dalle sue modalità eruttive e dalla lesione cutanea elementare: papula escoriata per effetto del grattamento o pur no. La comparsa di questo elemento è sempre preceduta da un prurito pre-eruttivo intenso e persistente, il quale d'altronde può esistere da solo per tutta la durata dell'affezione.

Il termine di « prurito linfadenico » sarebbe in realtà più esatto che non quello di prurigo,

il quale sta a designare un fenomeno (obbiettivo) susseguente al prurito primitivo.

Il prurito, con o senza prurigo, appare per lo più contemporaneamente alla tumefazione, talvolta enorme, dei nodi linfatici di tutti i gruppi ganglionari superficiali e, fra i profondi, a preferenza di quelli del mediastino. La violenza del prurito è sovente straordinaria, lunga ne è la durata e non difficile è la confusione col prurito di altra origine: tossica, parassitaria, ecc.

L'evoluzione della « prurigo linfadenica » può essere rapida, subacuta: in un caso osservato dall'autore solo poche settimane infatti trascorsero tra l'inizio del prurito e la morte del soggetto, preceduta dalla comparsa di un doppio versamento pleurico. Altre volte invece si osservano forme che si trascinano per lungo tempo, per un anno, come in un altro caso studiato dal Favre, ed anche più, con periodi alternanti di esacerbazione o di miglioramento nel prurito: i primi in generale coincidenti con *poussées* febbrili e sintomi generali (debolezza estrema, depressione nervosa, ecc.).

Nei casi di lunga durata può aversi in seguito al prurito ed al grattamento la lichenificazione con iperpigmentazione della cute, la quale assume allora l'aspetto che si osserva nella così detta malattia dei vagabondi, o meglio ancora nella prurigine vera di Hebra.

In nessuno dei casi osservati dall'A. si ebbero complicazioni di eritrodermia, di eruzioni polimorfe, ecc., con le altre modalità cliniche che sogliono vedersi nella micosi fungoide. Una sola volta, qualche giorno prima della morte, si ebbe una *poussée* discreta di noduli dermici dalla tinta rosso-violacea, grossi al massimo quanto un pisello, i quali non presentarono alcuna modificazione durante il tempo relativamente breve nel quale fu dato di osservarli.

A questa sintomatologia ed a questa evoluzione clinica, tanto diverse, ad esempio, da ciò che si osserva nella micosi fungoide, corrisponde nei casi di « prurigo linfadenica » l'identità della formula sanguigna e delle lesioni istologiche.

Nei periodi di attività della malattia troviamo una leucocitosi moderata che raramente oltrepassa la cifra di 30,000 e che più spesso oscilla sui 20,000 globuli bianchi. In generale sono aumentati i polinucleari, che possono sorpassare il rapporto del 90 %, con relativa diminuzione dei linfociti i quali, com'è noto, sono sempre in aumento in altre affezioni ganglionari generalizzate a tipo linfadenico.

Vi ha poi una eosinofilia più o meno variabile ma che si riscontra costantemente se si fanno esami ematologici ad intervalli lontani fra di loro, e che in qualche caso raggiunge persino il rapporto del 15 %.

Tale è la formula ematologica dei periodi acuti: nei periodi avanzati può apparire invece, come sintoma terminale, un'anemia talvolta assai spiccata.

Riassumendo: leucocitosi moderata, polinucleosi neutrofila, eosinofilia, anemia terminale.

Per quanto riguarda l'anatomia patologica si osserva che i gangli (studiati all'autopsia o per biopsia) sono ricolmi di cellule a tipo assai vario. Nel parenchima profondamente modificato, talvolta fibroso, si trovano leucociti polinucleari, linfociti, cellule plasmatiche, cellule fisse del connettivo, rare « Mastzellen », nonchè elementi con nucleo voluminoso, irregolare, increspato e come spiegazzato, provvisti di nucleoli grossi e multipli, elementi i quali ricordano le cellule atipiche di certi tumori connettivali. Esiste inoltre un'eosinofilia locale, talvolta così notevole che degl'intieri campi microscopici non rappresentano se non una chiazza di cellule eosinofile.

Le alterazioni testè descritte non si osservano soltanto nei nodi linfatici, ma anche nei focolai metastatici polmonari, cutanei e cerebrali, che, a simiglianza di un neoplasma, quest'affezione può dare.

In quanto alla natura di questa varietà di adenia è noto che gli autori tedeschi ammettono la sua origine tubercolare. Tutte le ricerche in proposito fatte dall'A.: anamnesi, inoculazioni nelle cavie, siero-diagnosi d'Arloing-Courmont, ecc., riuscirono, al contrario, negative, senza contare che le lesioni ganglionari e viscerali studiate all'autopsia non somigliano in nulla alle lesioni da tubercolosi.

Secondo l'A. i caratteri così particolari della varietà di adenia che si accompagna con la prurigo, la coesistenza del prurito e dell'eosinofilia nel sangue e nei tessuti dovrebbero farci orientare verso l'ipotesi di un'etiologia parassitaria. L'eosinofilia ed il prurito presentati da questi malati fanno in verità pensare ai fenomeni consimili che sogliono osservarsi in certe malattie parassitarie, p. es., nelle cisti idatidee ove essi hanno sì alto valore diagnostico. Le ricerche dell'A. non han dato però fino ad ora risultati sicuri in questo senso.

Concludendo, l'A. insiste sulla necessità di separare questa varietà di adenia complicata con prurigo da tutte le altre affezioni generalizzate progressive del sistema ganglionare.

Nella *linfadenomatosi* infatti non si ha prurito, l'evoluzione è apirettica, con ipertrofia splenica e linfocitosi talvolta enorme, e la formula istologica mostra la moltiplicazione al-

l'infinito di una sola specie cellulare linfocitiforme.

Il *linfadenoma tubercolare* si distingue per la mancanza di reazione cutanea pruriginosa, per le differenze nell'evoluzione e nella formula sanguigna, per i dati anamnestici, per l'esame istologico e per i risultati dell'inoculazione sperimentale dei gangli colpiti.

L'adenia eosinofila pruriginosa deve distinguersi infine dalla *micosi fungoide* (per quanto vi siano da fare ancora delle riserve su questo punto, visto che anche in questa malattia può aversi prurito e può osservarsi eosinofilia nei tessuti dei tumori micosici) e dai così detti *leucemidi* in cui la sintomatologia cutanea, la formula sanguigna ed istopatologica sono ben diverse.

L'A. infine propone di designare la sindrome morbosa da lui studiata col nome di « adenia eosinofila pruriginosa », che sembra preferibile a quelli di *granuloma maligno* e di *linfogranulomatosi* adottato dai Tedeschi.

La parola « granuloma » è un termine puramente anatomico, vago ed impreciso, che non tiene alcun conto delle particolarità cliniche, umorali ed istologiche di questo processo, che son poi quelle che consentono di ammetterne la specificità e d'isolarlo dal gruppo ancora confuso delle affezioni che possono simularlo. V. MONTESANO.

STORIA DELLA MEDICINA.

Il Galilei e le scienze mediche.

(*La Riforma Medica*, n. 39, 1918).

Galileo Galilei non fu medico, ma il Del Gaizo ricorda in un discorso su *L'efficacia dell'evo galileiano sul movimento storico delle scienze* (1918) che per quanto si sia inscritto nello Studio pisano come lettore in matematica, in antecedenza, il 5 settembre 1581 s'era legato alla matricola degli artisti — e col nome di *artisti* s'indicavano appunto gli studenti di medicina.

S'aggiunga che frequentò l'Università di Pisa in tempi in cui vi professavano uomini come Realdo Colombo, Cesalpino, Vesalio, e che nel 1590 il padre di Galileo gli inviava le opere di Galeno, e nella sua biblioteca, ricostruita dal Favaro, v'era un gruppo di scritti medici.

Se Galileo forse non udì le lezioni di Cesalpino, ne potè avere ragguagli da discepoli, e però la rivoluzione cardiaca — meravigliosa come quella dei corpi celesti — il ritmo delle arterie in rapporto al palpito del cuore quasi onda di marea lungo le coste, dovevano stimolare ad indagini il giovane discente. Lo studio così complesso e abbuiato del polso, quale lo insegnavano gli interpreti galenici, condusse il giovane Galilei alla ricerca di un raggio di luce per penetrare in quelle tenebre; e lo guidò a fissare un giorno nel duomo di Pisa l'oscillazione della lampada e a scoprire la legge dell'isocronismo.

La medicina antica, guida il genio di Ippocrate, ebbe come strumento d'indagine l'osservazione clinica, estesa nel più largo esame delle cose che possono avere rapporto con l'uomo infermo; su questo metodo di osservazione si elaborò una codificazione medica. La nuova medicina completa il metodo ippocratico col metodo sperimentale di Galilei: cernita dei fatti, preconcezione delle leggi loro, verifica di queste. All'osservazione non segue una codificazione defiinitiva, ma provvisoria, che acquista la sua relativa stabilità a mezzo dell'esperienza. Essendo stato accolto per opera dei discepoli di Galilei il metodo sperimentale per le indagini non solo fisiche, ma medico-biologiche, si ha un'altra linea di movimento delle scienze mediche, che reca i nomi di Borelli, Bellini, Malpighi, Redi, Zambeccari, di tutta una scuola inglese (Boyle, Willis, Glisson, Mayow, Hoke) e di una scuola olandese, in cui primeggia De Graaf.

Prima ancora che s'affermasse il metodo sperimentale in medicina, questa aveva avuto da Galilei quattro strumenti, per i quali l'arte medica s'avanzò nella osservazione clinica, sussidiata da ordigni di misura.

Della bilancia, del pendolo, del termometro si giovò subito Santorio; del microscopio un mezzo secolo dopo (1661) provvide il suo occhio Malpighi, delineando la microbiologia. Sulla scoperta della pressione atmosferica, fatta dal Torricelli, *di setta galileiana*, e sui perfezionamenti che Ugenio diede del moto pendolare, Borelli elevò l'edificio del *De motu animalium* e la scuola jatromeccanica. Il barometro fu a scopo medico-biologico nelle mani di Borelli, Ramazzini, Baglivi, Hoffmann; i loro studî, controllati da esperienze mercè le macchine pneumatiche, valsero a formulare un programma che s'è svolto, dopo oltre un secolo e mezzo, per opera di P. Bert e di Angelo Mosso, e che riprende oggi con molti studi relativi all'aviazione.

Ciò non è che breve sintesi di quanto Raffaello Caverni ha illustrato, con tanta copia di documenti, nella sua monumentale *Storia del metodo sperimentale in Italia*, dal crudele destino incompiuta. Ciò risulta pure dagli insegnamenti di Maurizio Bufalini, che il Bottazzi ha esposto in lucida esegesi. Ciò infine appare anche dal concettoso discorso tenuto dal

Barduzzi: *Del metodo galileiano nelle scienze mediche* — tenuto al convegno della Società italiana per il progresso delle scienze, nel 1913 — il quale conchiudeva: «Il determinismo scientifico moderno è diretta conseguenza delle dottrine sperimentali. Esso rappresenta il principio assoluto delle scienze mediche, perchè i fenomeni fisiologici si manifestano, si succedono, s'incatenano, sempre identici e conformi a leggi invariabili, quando si svolgono in condizioni rigorosamente determinate. È perciò col determinismo sperimentale che s'indagano le cause delle malattie, sulle quali si basa la medicina sperimentale moderna, che non è se non una feconda applicazione delle dottrine galileiane».

G. Bilancioni.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cure preliminari nelle fratture delle ossa mascellari.

Dott. Vincenzo Duca,
odontoiatra del Comune di Roma.

Le fratture delle ossa mascellari hanno assunto tale varietà, dati i mezzi con cui in guerra sono prodotte e la bizzarria dei proiettili, che mi pare impossibile una classificazione. Dalla semplice infrazione si va alla frattura comminuta con perdita di sostanza ed alla proiezione nei tessuti vicini di parti di osso. I primi soccorsi non possono che limitarsi all'emostasi, alla riposizione o rimozione di qualche frammento e ad assicurarsi che la respirazione si possa compiere. Si può fare anche qualche manovra di riduzione e di contenzione con qualche legatura interdentaria. Tutto ciò può essere eseguito da qualunque medico dei posti di medicazione, delle sezioni di sanità degli ospedali da campo nelle cui unità sarebbe bene aggregare un odontoiatra, ma per iniziare la cura definitiva bisogna in genere attendere che il turgore delle parti molli sia diminuito, le ferite siano meno dolenti, insomma, fino a che il ferito sia in grado di tollerare tutte le manovre e piccole operazioni da farsi nella bocca. Allora solo si può intervenire illuminatamente, quindi c'è tutto il tempo perchè il ferito possa essere trasportato negli ospedali di competenza.

Come primo intervento si deve preparare la bocca.

La *preparazione della bocca* è di somma importanza e molte volte da come è eseguita dipende il risultato rapido e definitivo del consolidamento della frattura. È difficile, anzi impossibile, rendere asettica la bocca, ma l'esperto medico odontoiatra può renderla tale, che ci si può con coscienza accingere a qualsiasi operazione.

Si deve in primo tempo eseguire la pulitura dei denti, che consiste principalmente nella completa rimozione del tartaro, operazione che, per farla bene, esige tecnica e pratica non comuni. Solo con la perfetta pulitura possiamo eliminare tutte le cause che mantengono le gengive in istato di infiammazione cronica con produzione di pus e fetore dell'alito. Il più delle volte con poche sedute si ottiene già con questo trattamento una modificazione inaspettata del campo operatorio.

Si vada poi alla ricerca dei denti cariati, delle radici di denti distrutti da carie e dei denti fratturati. I denti cariati e le radici di denti distrutti da carie sono un ottimo ricettacolo di materiale putrido e di microrganismi, quindi devono essere curati od estratti prima di occuparci della frattura. Essi, oltre ad essere dannosi come sorgente d'infezione, possono tardivamente divenire dolenti e costringere alla rimozione degli apparecchi, con danno evidente per il ferito.

Anche i denti fratturati vanno estratti quando i monconi rimasti non siano utilizzabili. A proposito delle fratture dei denti, devo dire di una varietà speciale molto frequente, quasi mai diagnosticata e che solo l'esperienza e l'intuito possono scoprire. Voglio alludere alla *frattura dell'apice radicolare*. Data la sede e l'apparenza esteriore del dente interessato, è difficile poter asserire che essa esista. Solo più tardi, quando si è obbligati all'estrazione — perchè un dente coll'apice radicolare fratturato presto o tardi duole e non è suscettibile di cura — viene constatata. L'operatore spesso teme di averla prodotta nella manovra dell'estrazione, ma se questa si esegue con attenzione e con intenzione, ci si convince che preesisteva.

Questi denti dall'apice fratturato sono d'inganno. Apparentemente sani, vengono utilizzati per la fissazione degli apparecchi che poi siamo costretti a togliere insieme col dente divenuto dolente. Vicino alla sede della frattura, lasciati *in situ* perchè giudicati sani, provocano tardivamente un ascesso. L'inganno poi è, diciamo così, più fine per i poliradicolari quando la frattura interessa una delle due o tre radici di cui il dente è fornito. In questi casi il dente, oltre che sano, sembra anche molto solido nell'alveolo, poichè vi sono le altre radici che lo tengono bene in posto. Ma l'unica radice fratturata ci obbliga più tardi all'estrazione.

Dopo aver preparato la bocca mirando a raggiungerne la disinfezione ed a scongiurare gli accidenti tardivi accennati, si passa alla seconda parte, cioè allo

Esame del sistema dentario in rapporto al trauma. — Quest'esame deve aver lo scopo di accertare la vitalità dei denti rimasti in posto ed il loro combaciamento.

Si dice che un dente è vivo quando la polpa dentaria non ha subìto alcuna alterazione e risponde quindi agli stimoli termici con *dolore*. Un dente è morto quando non risponde agli stimoli termici. Per accertarsene si fa con un ferrino arroventato avvicinandolo gradatamente al dente da esaminare fino a toccarlo, meglio se si usa l'ansa galvanica.

Ora, in qualsiasi traumatismo della bocca si può verificare il caso non raro che qualche dente, pur non avendo nessuna lesione dei tessuti duri, abbia per il trauma stesso subìta la commozione della polpa, lo strozzamento del fascio nerveo-vascolare con conseguente necrosi della polpa stessa. Il dente così leso nel suo organo vitale, ma integro negli altri tessuti, rimane in posto tenuto dal legamento alveolo-dentale e dall'alveolo, adempiendo bene alla sua funzione fino a che la polpa necrosata non venga ad infettarsi e ad essere in preda alla cangrena umida. Allora comincia a svilupparsi la pericementite apicale con usura dell'apice radicolare e l'ascesso. Se si pensa che questi fatti avvengono sempre un po' tardivamente quando per lo più la frattura è stata ridotta e si sono applicati gli apparecchi di contenzione, si comprenderà di quale danno possano essere per il lavoro già fatto e quindi di quale ritardo per il consolidamento della frattura. Il male è peggiore quando si tratta di più denti lesi, ovvero quando si tratta di lesione del tronco nervoso, perchè allora tutti i denti di un lato sono a polpa morta.

In questi casi, se si fa la diagnosi in tempo, i denti vengono perforati, se ne estrae la polpa e si otturano; si trattano, cioè, come denti cariati a polpa morta. Solo in questo modo sarà possibile prevenire conseguenze dannose per la frattura, ottenendo altresì di conservare i denti.

Un'altra forma patologica inerente al trauma ho riscontrato in denti che ho dovuto estrarre tardivamente perchè dolenti: *la pericementite parziale.*

All'estrazione si nota macroscopicamente che una faccia della radice o parte di una faccia è bianca, liscia, spoglia, cioè, del pericemento, mentre il resto è in condizioni normali.

L'*esame del combaciamento* è di molta importanza, perchè solo se, a frattura consolidata, si mantiene normale, il risultato funzionale sarà ottimo. Esso ci deve essere di guida nella costruzione degli apparecchi di riduzione per dirigere le forze secondo i casi, e, quando la riduzione si è ottenuta, a mantenerla con gli apparecchi di contenzione.

Il buon combaciamento dei denti con tutte le sue varietà è a conoscenza di pochi e solo chi ha esaminato molte bocche è in grado di poterlo constatare. Per le fratture delle ossa mascellari ha la stessa importanza che la direzione per le fratture degli arti. Una frattura guarita in buon combaciamento renderà più facile la costruzione e l'uso degli apparecchi di protesi senza contare che i denti residui in buon combaciamento hanno una durata maggiore.

Non è raro il caso che il raggiungere tale risultato sia difficile, ed allora, ottenuto quello che si può, si cerca con l'abbassamento di qualche cuspide o di denti, sia pure devitalizzandoli, di portare il combaciamento al punto che, pur non essendo normale, ciascun dente funzioni nel modo e nella direzione voluta.

Sono questi dei particolari che è difficile poter sintetizzare, ma caso per caso ci si deve regolare col criterio.

Fatte queste operazioni preliminari che, benchè tali, richiedono tempo, competenza e tecnica speciale, si passa alla costruzione degli apparecchi di *riduzione* e *contenzione* delle fratture, quindi a quelli di protesi. Chi ama prenderne conoscenza ne troverà larga esposizione nei periodici di odontoiatria. In questo, perchè diffuso fra i medici, mi basta aver messo in evidenza la prima parte.

Già nei primi anni della mia carriera professionale durante il servizio ospitaliero rimasi impressionato dal fatto che mentre per tutte le altre regioni del corpo si eseguiva una scrupolosa disinfezione della parte su cui doveva cadere il bisturì dell'operatore, per la bocca nulla veniva fatto, salvo la prescrizione delle solite soluzioni disinfettanti, ed allora in una monografia pubblicata poi nel *Giornale di Corrispondenza dei dentisti* (anno 1906, disp. 9ª) trattai, col consiglio del prof. Chiavaro, della « Preparazione preoperatoria del sistema dentario nella chirurgia della bocca ». Ebbi pure la fortunata occasione di esaminare due casi di frattura del mascellare inferiore — oggi non direi fortunata poichè sono all'ordine del giorno — che curati da esperti colleghi non guarirono completamente che dopo l'intervento dell'odontoiatra, e trattai l'argomento sotto il titolo: « Il sistema dentario nelle fratture della mandibola » (*Rivista medica*, novembre

1910). Oggi, dopo tre anni di guerra durante i quali di fratture delle ossa mascellari se ne è avuto un bel numero, i miei due argomenti, che allora potevano sembrare poca cosa, mi paiono d'importanza capitale e d'attualità; quindi li ho voluti integrare in questa nota, tanto più che da casi pervenutici da ospedali generici, trattati semplicemente dal lato chirurgico, arguisco che molti colleghi trascurano questa parte.

COMMENTI.

A proposito della malaria latente e dell'attivazione stricnica dell'ascesso malarico.

On. Redazione del «Policlinico»,

Nel 1908, a Napoli, osservai che alcuni miei ammalati, i quali erano stati precedentemente in località malarica, sottoposti a cura stricnica, presentavano manifestazioni malariche, con reperto positivo dei parassiti della malaria nel sangue; e nel 1910, in un mio lavoro su *La malaria latente,* pubblicato in uno dei primi numeri di «Il Tommasi» del 1911, riportando quelle osservazioni cliniche, formulai la ipotesi che la stricnina potesse utilizzarsi come sostanza rivelatrice della malaria latente.

Nel 1912, facendo numerosissime indagini sulle sostanze che potevano riattivare la malaria latente e sperimentando principalmente con la stricnina e col cloridrato di barberina, osservai che nel sangue di una forte percentuale di individui viventi in ambiente malarico — sia se avevano avuto pregresse manifestazioni malariche, sia se non ne avevano avuto — in seguito all'uso della stricnina, si rinveniva il parassita malarico. I risultati di quelle indagini li raccolsi in una monografia: *Per la diagnosi della malaria latente,* pubblicata nei numeri 7 e 8 di «Il Morgagni» (Archivio) del 1915 e riassunta in varî giornali di medicina italiani ed esteri.

Sostenni che l'uso della stricnina era, fino a quei giorni, il mezzo meno incerto che noi avevamo a nostra disposizione per la diagnosi della malaria latente.

I risultati che io allora ottenni dal cloridrato di berberina, sono stati riportati dal prof. Ilvento, in un suo recente lavoro su *La bonifica dei malarici e la berberina* pubblicato nel fascicolo 7 degli «Annali d'Igiene di quest'anno.

Ora leggo nel fasc. 45, pag. 1081, del «Policlinico», Sez. prat. di quest'anno, una nota dei dottori Vecchia e Segre su *L'attivazione stricnica dell'accesso malarico,* nella quale essi riferiscono che nella loro *non breve campagna malarica in Albania* sono stati colpiti dal *sorgere, sia immediatamente sia con piccola successione di tempo, dei piccoli accessi febbrili dopo la somministrazione di preparati stricnici, a pazienti i quali soffrivano di forme croniche latenti e che magari da molto, compiendo insieme la cura chininica, non avevano avuto più recidiva.*

E siccome la constatazione fatta dai due egregi colleghi conferma la mia ipotesi, mi permetto di richiamare alla mente del lettore — che si interessa dell'argomento — le mie pubblicazioni.

Ringrazio della pubblicazione.

Dott. IGNAZIO DI PACE
Ospedale di guerra N. 30.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sindrome da affaticamento e paralisi progressiva iniziale.

Ramsay Hunt (*Journal American Medical Association*, 5 gennaio 1918) descrive sotto il nome di pseudo-paralisi generale da sovraffaticamento una sindrome clinica simulante sotto tutti i punti la paralisi progressiva allo stadio iniziale.

I quattro casi di cui egli riferisce l'osservazione dettagliata si verificarono nel campo militare, nel quale Ramsay Hunt è incaricato degli esami neuro-psichiatrici. Si trattava di individui che nella vita civile attendevano a professioni sedentarie e che improvvisamente, senza alcun allenamento, furono sottoposti a lavori faticosissimi.

I pazienti accusavano disturbi subiettivi varî, cefalea, vertigini, insonnia, irritabilità nervosa, stato di eccitazione o apatia e depressione, diminuzione della memoria.

Questi sintomi, che di per sè stessi non hanno alcun valore patognomonico, acquistavano speciale significato nei casi in quistione, perchè associati a sintomi somatici: tremori, disturbi della parola, alterazioni pupillari. La diagnosi quindi di inizio di paralisi progressiva era possibile, tanto più che non mancavano segni di *deficit* intellettuale, quali una certa lentezza della comprensione e ritardo delle risposte, difficoltà ed errori di calcolo. Ma la diagnosi di paralisi progressiva, malgrado questo complesso sintomatico così caratteristico, non fu confermata dagli esami serologici: la reazione di Wassermann si presentò in tutti e quattro i casi negativa nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano, che d'altra parte non dimostrò nè iperalbumosi, nè linfocitosi. Oltre a ciò tutti i sintomi scomparvero rapidamente per la sola azione del riposo: i malati, riesaminati dopo una settimana, non presentavano più anisocoria, il riflesso alla luce era ritornato normale, i tremori e i disturbi della parola erano scomparsi: solo in due casi persistette ancora per qualche tempo una certa irritabilità nervosa ed insonnia.

Ramsay Hunt non esita ad attribuire all'affaticamento la patogenesi dei fatti presentati dai suoi malati. È ammissibile infatti l'ipotesi di una intossicazione dei centri nervosi o da parte di una speciale «tossina di fatica» o da sostanze prodotte dal lavoro fisico, come l'acido paralattico, l'acido carbonico, il fosfato di potassio. Si sa d'altra parte che il lavoro fisico produce modificazioni non solo del sistema muscolare, ma anche di quello nervoso. I tremori, i disturbi dell'attenzione, della memoria, della parola, sono fatti i cui rapporti con lo stato di fatica sono molto evidenti. Più difficile ad interpretarsi è il meccanismo della disuguaglianza pupillare e delle modificazioni del riflesso luminoso. Al riguardo bisogna ricordare che Bumke già nel 1911 aveva notato il fatto che nello stato di fatica le pupille sono molto dilatate e reagiscono torpidamente alla luce. È probabile che la intossicazione determinata dall'affaticamento modifichi la pupilla agendo sulla innervazione simpatica.

DR.

SEMEIOTICA.

Le manifestazioni bucco-faringee nella febbre tifoide.

Senza tener conto della difterite, la quale ha tutto il suo essere patologico nella gola, è stato già descritto come pressochè ogni malattia infettiva determini delle lesioni a carico del cavo orale e del faringe; così avviene infatti per la scarlattina, il morbillo, la varicella, il vaiuolo, il reumatismo articolare acuto, l'influenza, la meningite cerebro-spinale, la peste, il tifo. Delle lesioni bucco-faringee nel corso della febbre tifoide si occupano il Campani ed il Bergolli in un breve studio (*Rif. med.*, aprile 1918) portato su 108 casi, così divisi: tifo 40, paratifo A 9, paratifo B 16, negativi o non accertati batteriologicamente 43.

Per il primo Bouveret descrisse quell'angina ulcerosa tifoidea, cui doveva poco dopo dare il suo nome il Duguet: è un'ulcerazione unica o multipla generalmente posta sui pilastri anteriori o sul velopendolo, più di rado sui pilastri posteriori, a bordo rosso e fondo grigio-giallo, superficiale, indolente, che compare all'incirca al principio del secondo settenario, e scompare rapidamente senza tracce.

Campani e Bergolli avrebbero invece riscontrato vari tipi di alterazioni bucco-faringee nel corso delle febbri del gruppo tifoideo; e precisamente:

1° arrossamento semplice con tumefazione faringo-tonsillare, frequente nelle tifoidi con inizio reumatico e brivido (*forma eritematosa*);

2° arrossamento vivissimo, con superficie lucida, papille grosse, abbondante secrezione di muco, che si rapprende in croste, concomitante collo stato di secchezza crostosa di tutto il cavo orale (*forma crostomucosa*). Si coltiva in alcuni di questi casi lo streptococco, il diplococco

di Fränkel e il bacillo della difterite, la cui messa in evidenza è non eccezionale nei tifosi (che potevano essere portatori semplici) ed ha importanza per la terapia;

3° un'eruzione di *vescicolette miliariformi*, visibili con forte illuminazione, indolenti, innocue, che spesso coincidono con un'eruzione di miliare cristallina cutanea;

4° la vera *angina del Duguet*, già accennata, e la cui patogenesi è discussa, non avendo alcun valore di per sè il trovarvi il bacillo di Eberth;

5° un'ultima categoria comprende i vari casi, finora pare non descritti, in cui compaiono, specie sul palato duro, macchiette rosso-vive, che spariscono colla pressione; questa forma si associa con un'eruzione di roseola sempre molto generalizzata ed è considerata dagli autori come un vero enantema.

Circa il valore di queste varie manifestazioni bucco-faringee, esso è pressochè nullo nei riguardi della diagnosi, sia per assodare (ciò che si ottiene assai bene per altre vie) la diagnosi di tifo, sia per differenziare i paratifi: solo in questi ultimi tali manifestazioni, specie quella di Duguet e la vescicolare, sarebbero più frequenti.

Nè hanno alcun significato prognostico.

Circa la loro essenza patologica, qualche autore ha voluto ravvicinare l'ulcerazione del Duguet a quella dei follicoli linfatici intestinali; ma l'anatomia patologica ha dimostrato la nessuna corrispondenza, specie nei vari stadî delle due lesioni.

Vanno ricordate ancora, fra le manifestazioni bucco-faringee nelle forme tifoidi, l'opacità dei denti, il cui persistere sarebbe, secondo gli autori, sovente sintoma premonitore di recidive, e la desquamazione epiteliale delle gengive, che non può, come taluni vogliono, esser messa in corrispondenza colla nota desquamazione cutanea, essendo un sintoma molto più precoce di questa. G. SABATINI.

TERAPIA.

Le lavande vaginali.

L'abitudine delle lavande vaginali è diventata un tormento anzichè una benedizione per la razza femminile (W. E. Fotkergill. *Britsh med. Journal*, 20 aprile 1918); fino a che esse venivano ordinate dal medico, potevano avere delle indicazioni precise, ma da un certo tempo esse sono purtroppo entrate nelle abitudini femminili, provocando non pochi danni.

Ad ogni donna che si lagna di piccoli disturbi pelvici, si deve domandare se essa si faccia delle lavande vaginali; in caso affermativo bisogna cominciare col proibirle.

La superficie vaginale non ha ghiandole, ma è coperta da epitelio squamoso stratificato, che, per quanto resistente, non è a prova di acqua. La secrezione vaginale non è che del muco secreto da tale epitelio; essa diventa vischiosa quando si vi aggiunge un eccesso di muco proveniente dal rivestimento uterino. In condizioni normali essa ha reazione nettamente acida, ciò che inibisce la vita di molti microrganismi patogeni e costituisce così una barriera alle infezioni ascendenti.

Le lavande vaginali dilavano la secrezione, uccidono i microrganismi acidogeni, che abitano normalmente nella vagina, uccidono il primo strato cellulare superficiale e danneggiano i successivi. Inoltre iperemizzano le parti ed aumentano quindi la quantità della secrezione, favoriscono la menorragia, la dismenorrea congestiva e il dolore congestizio intermestruale. Nelle infezioni settiche post-abortive, le lavande vaginali non arrivano al focolaio, mentre quelle endouterine sono positivamente dannose, provocando a volte una peritonite fatale. In tali casi la cavità uterina va pulita a secco, applicando poi un antisettico concentrato e non un eccesso di liquidi; analogo trattamento va fatto nelle cerviciti blenorragiche.

Le lavande vaginali vanno usate come palliativo nel carcinoma uterino, come preparazione prima di operazioni ed in casi in cui è necessario provocare un'iperemia pelvica, come, p. e., nella cellulite pelvica consecutiva ad infezione con deposito di essudato infiammatorio nel cellulare pelvico. Si usa in tali casi una corrente debole di soluzione fisiologica, a 38°-40°, continuata per 10-12 minuti, una o due volte al giorno, per 2 o 3 settimane.

I. P.

L'alimentazione nel vomito delle gravide.

Gli ultimi studî su questa affezione dimostrano che essa è probabilmente dovuta a qualche elemento tossico che disturba il sistema vasomotore e rende più sensibile il centro vomitivo (C. S. Bacon. *Journ. of American med. Assoc.*, 8 giugno 1918). Il fattore neurotico è di solito presente come irritazione periferica da parte dell'utero, e scompare di solito allorchè l'utero sale nella pelvi.

I vomito è del tipo riflesso; quando esso è grave ne possono risultare danni non indifferenti al fegato, al rene e ad altri organi, in conseguenza del digiuno e dell'acidosi.

È quindi importante che le pazienti vengano sufficientemente alimentate: esse dovrebbero venire ricoverate in ospedale, con una buona assistenza. Vanno tenute in letto, e sottoposte ad una cura suggestiva; al principio non si deve dare nulla per bocca, nemmeno l'acqua.

Le tre vie per l'alimentazione extraorale sono la rettale, la sottocutanea, l'endovenosa. Per via sottocutanea si può somministrare acqua, sali, glucosio, vitamine e medicine calmanti; tale via però è più dolorosa che la rettale e deve essere sostituita da questa, salvo in casi di urgenza.

Pure ad indicazioni d'urgenza risponde la via endovenosa, in cui possono darsi le stesse sostanze che per la sottocutanea.

È importante regolare la velocità della corrente che penetra nella vena, in modo da dare gr. 0.85 di glucosio per kg. e per ora, ciò che per una donna di 50 kg. e per sei ore di somministrazione corrisponde a 250 gr. (1000 calorie).

L'alimentazione rettale rimane però la più pratica e, se fatta convenientemente, la più efficace. La deficienza in azoto può essere supplita dall'alcool e da un eccesso di glucosio; si possono eventualmente aggiungere anche dei calmanti (bromuro di potassio).

Le vitamine, che sono molto utili nella fattispecie, possono ottenersi dal pancreas. Importante è l'aggiunta dei sali di calcio ed anche del bicarbonato di sodio per combattere l'acidosi.

Ogni giorno (p. e., al mattino alle 7-8) si deve fare un enteroclisma di un litro con una soluzione di cloruro di sodio (5 ‰), con l'aggiunta di 1 % di alcool e 10 gocce di tintura di oppio.

Alle 9, alle 14, alle 19 si farà il clistere nutriente così composto: glucosio 50, alcool 50, cloruro di calcio 8.3, bromuro o cloruro di sodio 4, vitamina q. b.: acqua distillata q. b. per fare 1000 (550 calorie).

Se ne iniettano 500 cmc. per volta, scaldando bene la soluzione ed il tubo alla temperatura del corpo; la velocità ben tollerata è di una goccia al secondo, ossia tutta la quantità in due ore.

Si somministrano in tal modo 825 calorie giornaliere; dopo 2-3 giorni cessa il vomito, scompare la sete, e la paziente si trova in migliori condizioni. È difficile però stabilire quando si debba riprendere l'alimentazione orale, per la quale non bisogna aver molta fretta. L'appetito che ritorna e la fiducia della paziente sono la miglior guida. Spesso, se la gravidanza volge alla 14ª settimana, e l'utero risale nella pelvi, il cambiamento mentale è improvviso.

Prima di incominciare l'alimentazione orale si farà qualche lavatura gastrica; si darà poi del latte peptonizzato, o latte al malto o latticello, aggiungendo poi un po' d'albume d'uovo. I clisteri nutritivi vanno diminuiti gradatamente. La paziente però va osservata fino alla 16ª-18ª settimana, poichè non sono infrequenti le ricadute.

Con questi procedimenti l'aborto non si rende quasi mai necessario. I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1012) *Sull'idrofobia.* — Al dott. M. da L.:

I. Non esiste incompatibilità fra il virus rabico e le spirochete della sifilide, infezione che non determina alcuno stato immunitario verso la rabbia.

II. Anche i cuccioli possono ammalare di rabbia.

III. Allo scoppio dei primi sintomi anche la cura pasteuriana riesce inefficace e non vi è nessun altro rimedio, nè specifico, nè sintomatico, che possa impedire l'esito fatale. *g. s.*

(1013) All'abb. n. 4478:

Un giornale che conviene ai suoi desiderata è: *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.* Abbonamento fr. 14. (Octave Doin et Fils, éditeurs. Place de l'Odéon, 8, Paris). *t. p.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

E. MORELLI. *La cura delle ferite toraco-polmonari.* — Cappelli, ed., Bologna. L. 12.

Coll'ausilio del pneumotorace artificiale il Forlanini intese di provvedere alla cura della *tubercolosi polmonare,* partendo dal principio che « le varie distruzioni dell'organo non sono la conseguenza della disposizione preordinata e fatale della necrobiosi caseosa del prodotto tubercolare, ma il portato di atti puramente meccanici ». Dopo i risultati ottenuti sui processi polmonari tubercolari, il campo del pneumotorace artificiale fu dal Forlanini stesso esteso alla cura dell'*ascesso polmonare* e delle *bronchiectasie,* e poi, quando la tecnica perfezionata non dava più l'ombra di pericolo per il malato, alla cura dei *versamenti pleurici* e delle *emorragie polmonari.*

Da queste applicazioni terapeutiche, « per gemmazione diretta » discendono le nuove applicazioni del Morelli nella cura *delle ferite toraco-polmonari.* Con il pneumotorace artificiale il Morelli si propone di *arrestare l'emorragia polmonare e mettere il polmone in condizione di riposo,* che permetta la sollecita guarigione della ferita del parenchima, di levare l'emotorace, se preesisteva versamento, sostituendolo col vero mezzo di immobilizzazione polmonare: la compressione a mezzo di gas.

Come fondamento teorico della pratica curativa, l'A. con numerosi argomenti intende di dimostrare che il polmone ferito guarisce prima e meglio se è immobilizzato e compresso; che, se l'immobilizzazione è precoce, si raggiunge il vantaggio di impedire e frenare l'emorragia; che, se il versamento esiste, essendo per molteplici cause dannoso, deve essere evacuato e sostituito con gas; che infine, quando la parete toracica è colpita da ferita che resti beante, conviene chiudere la ferita e sottoporre il polmone alla compressione del pneumotorace terapeutico.

I mezzi a disposizione dell'operatore sono forniti dall'A. sotto forma: 1° di un apparecchio da pneumotorace semplificato, reso cioè maneggevole e facilmente trasportabile; 2° di un apparecchio da pneumotorace innestato con apparecchio per vuotamento del liquido e lavaggio della cavità pleurica; 3° di palloncino di gomma per chiudere la ferita beante del torace, sostenuto o non da una cuffia metallica.

Il sostegno pratico del metodo di terapia è fornito all'A. da una statistica veramente ottima di successi curativi in casi di ferite le più svariate del torace. Il lavoro è condotto con l'entusiasmo di un apostolo del metodo del pneumotorace terapeutico, è confortato da riassuntive storie cliniche, da belle radiografie. Anche chi in parecchie delle idee dall'A. espresse sulla fisiopatologia del polmone (ventosazione polmonare, traumatopnea) non creda di potersi accordare almeno sul valore e sull'estensione che ad esse l'A. attribuisce anche in altri campi della patologia (patogenesi dei versamenti pleurici nei cardiaci, riflessi pleurici, ecc.), dovrà giudicare l'opera complessiva del Morelli degna di elogio e d'incoraggiamento pratico, quale il conforto dell'altrui esperienza potrà dare sui vantaggi del metodo: esso è basato su concetti fondamentali, che sono un orgoglio della scuola pavese e italiana, su una tecnica che è sicuramente innocua; esso fornisce un presidio terapeutico per lesioni che noi siamo abituati a trattare con una non sempre innocua aspettativa; è da augurare che l'avvenire fornisca dati di controllo che sanzionino anche nei particolari la nuova pratica curativa.

t. p.

DOUSSET O. *L'examen du malade en clientèle.* Un vol. in-24° di circa pag. 200 con figure, rilegato. — A. Maloine et Fils, ed., Parigi.

Questo piccolo libretto, comodamente tascabile, riassume la descrizione metodica dell'esame di un malato, col significato di ogni lesione osservata e le indicazioni terapeutiche relative. Beninteso, l'A. si limita ad alcun argomenti, restandone, p. e., esclusa la neuropatologia. Ogni capitolo comprende il metodo d'esame, il funzionamento del sistema che si ritiene ammalato, l'interrogatorio del malato, l'esame, i criteri diagnostici e prognostici, e la terapia. Il tutto è ordinato in forma di schemi, che rendono facile e pronta la consultazione, e che possono essere utili al principiante per orientarsi agevolmente, ed anche al pratico, per qualche ricordo che gli possa sfuggire. In certe parti però la trattazione è eccessivamente elementare, e sottrae dello spazio ad argomenti sui quali sarebbe stato più utile insistere con maggiore ampiezza.

FIL.

VARIA.

Il valore nutritivo della banana.

Su questo argomento hanno fatto uno studio sperimentale Myers e Roge (*Journal American Medical Association*, 1917, n. 14), venendo alle seguenti conclusioni:

La banana ha un valore calorico superiore a quello di tutte le frutta comunemente adoperate, sulle quali per altro avrebbe il vantaggio in alcune località di essere sempre a disposizione in qualsiasi stagione. Quando è completamente matura, cioè quando tutto l'amido si è convertito in zucchero, la sua digeribilità ed il suo assorbimento sono perfetti. I disturbi gastro-intestinali che si attribuiscono alle banane sono verosimilmente in rapporto al fatto che spesso esse sono messe in commercio non ancora mature. Ad ogni modo è certo che tali frutta anche quando si consumino in grande quantità e per parecchi giorni di seguito non producono manifestazioni morbose di sorta, non intolleranza, nè ripugnanza. Sotto forma di banana possono essere somministrate grandi quantità di zucchero (glucosio, levulosio, sucrosio) senza che si determinino quei disturbi gastro-intestinali ordinariamente prodotti dagli zuccheri puri.

La banana ha per quanto riguarda i carboidrati ed i costituenti minerali una composizione molto simile a quella della patata, della quale può considerarsi un vero succedaneo alimentare, col vantaggio che essa può essere mangiata cruda, il che ha molto importanza per la quistione delle sostanze nutritive accessorie termolabili.

Pare agli autori che la banana possa avere un utile impiego nel trattamento dietetico delle nefriti azotemiche. Le osservazioni già fatte in casi non gravi hanno dato eccellenti risultati e gli autori si riservano di completare gli esperimenti anche per le nefriti particolarmente gravi e di riferirne, a suo tempo, il risultato.

a. a.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli studenti in medicina.

Riceviamo:

Caro «Policlinico»,

Mi rivolgo a te, come al più autorevole e tenace propugnatore dei diritti degli studenti di medicina, perchè mi voglia concedere un po' di ospitalità.

Tempo fa, da parecchi segni, sembrava che agli aspiranti medici di 6° anno si volesse concedere di frequentare i corsi universitari per laurearsi. Da quando è cominciata a delinearsi la pace non se ne è parlato più. Ora, data l'imminenza della riapertura delle scuole, la quistione si presenta urgente, per evitare la rovina completa della carriera scolastica degli aspiranti di 6° anno.

Invero, bisogna distinguere gli aspiranti di 5° da quelli di 6° anno. Gli aspiranti di 5° hanno fatto il primo anno di studî prima della guerra, il terzo e il quarto accelerati durante la guerra, sì che hanno perduto solo il secondo anno. Gli aspiranti di 6°, invece, hanno fatto il primo ed il secondo anno prima della guerra, il quarto accelerato durante la guerra, sì che hanno perduto il terzo ed il quinto anno.

Inoltre gli aspiranti di 6° sono stati da tempo impiegati in reparti di 1ª linea, mentre quelli di 5° sono rimasti nelle unità sanitarie delle retrovie.

È evidente quindi che agli aspiranti di 6° compete più diritto a non perdere un altro anno di studî che non a quelli di 5° anno, tanto più che tale anno sarebbe per quelli l'ultimo e per questi il penultimo.

In conclusione, sarebbe giusto non indugiare ancora a mandare alle proprie Università in esonero provvisorio o in congedo anticipato tutti gli aspiranti medici di 6° anno, sostituendoli presso i varî reparti e per il tempo che ci separa dalla pace definitiva, con quelli di 5°, che del resto hanno già fatto la pratica necessaria.

Zona di guerra, 21 novembre 1918.

Uno studente di medicina.

Sullo stesso argomento riceviamo altre lettere. Ci riserviamo di riprenderlo prossimamente.

ATTI PARLAMENTARI.

Sull'esercizio provvisorio.

Nella discussione sull'esercizio provvisorio l'onorevole Maffi rileva che la guerra ha determinato un rincrudimento della malaria, così nell'esercito combattente come nel territorio.

Deplora che il costo del chinino sia divenuto elevatissimo e che non se ne siano procurate quantità sufficienti per la Macedonia e l'Albania, ove se ne è manifestato forte bisogno. Invita i ministri dell'interno e della pubblica istruzione a promuovere gli studii malariologici.

Passa poi ad occuparsi delle pensioni per la invalidità di guerra.

L'on. Maffi lamenta che la procedura sia lentissima e intricata. Critica particolarmente la procedura sanitaria, in riguardo all'accertamento della malattia come dipendente o meno dal servizio di guerra. Sostiene che debbano mettersi in congedo gli infermi tuttora tormentati dal fiscalismo sanitario di guerra, ma che le pensioni debbano essere corrisposte solo fino a che dura l'invalidità. Deplora che siano esclusi dalla pensione molti tubercolotici ed esprime il dubbio che possano esserlo anche i territoriali impiegati in servizi attinenti alla guerra.

Si occupa anche dei tracomatosi.

All'on. Maffi il ministro Nitti fa osservare che un piroscafo il quale trasportava grandi quantità di chinino è stato silurato, onde si è acuita la deficienza del rimedio.

Il ministro Bissolati ha documentato che il diritto alla pensione è stato riconosciuto a tutti coloro che abbiano contratto la loro malattia in servizi «attinenti alla guerra», formula che non potrebbe essere più larga e che comprende i tubercolotici, i territoriali e persino le donne. Il sistema della procedura sanitaria presso il nuovo Ministero è andato gradatamente migliorando e la celerità di funzionamento, in questi ultimi tempi, è stata quasi triplicata.

Assicurazioni contro l'invalidità e la vecchiaia degli operai.

Il ministro dell'industria e lavoro, on. Ciuffelli, ha presentato alla Camera un disegno di legge per le assicurazioni obbligatorie contro l'invalidità e la vecchiaia degli operai.

Il ministro ha esposto la storia del progetto, ricordando che l'onore di aver fatto iniziare gli studî preliminari spetta all'on. De Nava, quando era ministro del lavoro. Ha esposto rapidamente il meccanismo del progetto.

L'on. Turati ha osservato che le varie assicurazioni sociali — infortuni, vecchiaia, invalidità, malattie — dovranno essere coordinate con un criterio di semplicità e di unità. Confida che il Governo provvederà in tal senso.

L'on. Ciuffelli gli ha dato assicurazione che terrà conto di queste osservazioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7526) *Pensioni.* — Dott. A. M. da C. dei T. — Essendosi inscritto alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione ha diritto al riscatto gratuito dei dieci anni di servizio prestati prima della sua istituzione. Ora, quindi, può contare su 15 anni di servizio. Per liquidare la pensione occorre servire ancora altri 9 anni e mezzo, dovendosi compiere 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio. In quell'epoca avrà 65 anni di età, e liquiderà la pensione di lire 1451 annue.

(7528) *Servizio medico in due Comuni.* — Dott. M. C. da C. delle F. — Il Comune non avrebbe potuto di sua iniziativa esonerarla dall'obbligo di

prestar servizio nell'altra condotta, e ciò perchè il titolare era un sanitario esonerato dal servizio militare in vista appunto della gravità dell'esercizio materiale della professione in entrambi i centri. Però da tale irregolare posizione Ella non può trarre vantaggio ed ottenere il pagamento dello stipendio anche dall'altro Comune, in cui non ha prestato servizio alcuno e nel quale il servizio stesso è stato disimpegnato gratuitamente da altri.

(7529) *Medico militare in servizio civile - Istituto di corrigendi.* — Dott. S. D. F. da M. — Il medico militare in servizio civile deve adempiere tutti gli obblighi che avea il titolare chiamato sotto le armi, e percepire le utilità e gli assegni inerenti. Pertanto è giusto che Ella, prestando servizio nell'Istituto dei corrigendi amministrato dalla Provincia, riscuota il compenso che per tale titolo era corrisposto al suo predecessore.

(7530) *Aumento di stipendio - Caro-viveri.* — Dott. G. I. da A. L. — Non superando il suo stipendio la somma di lire 4500 annue ha diritto alla indennità caro-viveri in ragione di lire 24 mensili a decorrere dal 1° luglio 1917, a mente del disposto dell'art. 1° del D. L. del 26 luglio stesso anno, n. 1181.

L'aumento del 30 % concesso agli impiegati col D. L. del 10 febbraio ultimo non annulla l'indennità caro-viveri eventualmente in precedenza ottenuta, ma ad essa si sovrappone. Per otttenere l'indennità caro-viveri bisogna fare domanda alla G. P. A. per l'istallazione in bilancio di ufficio della somma necessaria per far fronte alla spesa e per la emissione del mandato di ufficio in suo favore, trattandosi di spesa obbligatoria.

(7531) *Tassa focatico.* — Dott. C. F. da N. — La tassa focatico colpisce tutti coloro che risiedono nel Comune. Poichè Ella non risiede più da diversi anni nel Comune, deve essere cancellato dal ruolo. Però nell'atto della partenza avrebbe dovuto darne avviso alla Amministrazione comunale, benchè il fatto della partenza non sarà passato certamente inosservato, ed il Comune avrebbe potuto anche di ufficio fare la variazione occorrente. Faccia subito reclamo alla Commissione di 1° grado e da questa, occorrendo, alla G. P. A.

(7532) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da P. di C. — Il decreto Luogotenenziale del 10 febbraio scorso ha dato facoltà e non obbligo ai Comuni di concedere aumento di stipendio ai proprii impiegati. Il decreto Luogotenenziale del settembre ultimo ha aumentata la indennità caro-viveri ai soli impiegati dello Stato e non a quelli dei Comuni, i quali, pertanto, seguiteranno a percepirla nella misura in cui fu in antecedenza loro eventualmente concessa.

Doctor JUSTITIA.

CONDOTTE E CONCORSI.

MILANO. — *R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.* — Concorso sul tema: «Difesa della Società contro la tubercolosi»; premio di L. 4000. Scadenza: 31 marzo 1919, ore 15.

Concorso sul tema: «Illustrare con osservazioni e ricerche originali l'importanza che le ferite di guerra del sistema nervoso centrale e periferico hanno avuto sui progressi della conoscenza intorno a talune questioni scientifiche e di importanza pratica riguardanti l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso». Premio di L. 2000. Scadenza: 1° aprile 1919, ore 16.

Le memorie dovranno essere spedite in plico postale raccomandato al Segretario del R. Istituto (palazzo Brera).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Commissariato generale per l'aeronautica ha tributato l'encomio solenne al dott. MUSANTI EMILIO, capitano medico, perchè in occasione di grave epidemia influenzale in Val di Chiana organizzava i servizi sanitari ospitalieri con non comune perizia ed accorgimento, contribuendo con la sua attività alla rapida decrescenza del morbo e giovando alla salute della truppa e della popolazione civile.

Il dott. Giuseppe Ingrao è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per avere adempiuto con zelo per molti anni i doveri della condotta medica nel Comune di Grotte (Girgenti).

MEDICINA SOCIALE.

Legislazione sociale di previdenza.

La Sezione X della Commissione pel dopo-guerra, incaricata di trattare della legislazione sociale e della previdenza, presieduta dall'on. Nava, ha affrontato il grave problema delle assicurazioni operaie.

La Sezione ha affermato il principio della soluzione globale delle assicurazioni obbligatorie. Ha formulato la proposta perchè esse comprendano i lavoratori salariati o indipendenti (operai, contadini, impiegati, artigiani, ecc.), il cui reddito non superi un dato limite: perchè i rischi compresi nell'assicurazione siano l'inabilità temporanea, l'invalidità, la morte causata da malattie professionali e comuni e da infortuni del lavoro, e la disoccupazione involontaria. Ha poi chiesto che i provvedimenti già esistenti per gl'infortuni del lavoro e per la maternità siano coordinati alle nuove provvidenze assicurative, specificando i criteri e le direttive cui dovrebbero ispirarsi tali provvedimenti per quanto si attiene alla portata delle assicurazioni sociali e al modo di organizzarle.

Ha fatto voto perchè siano attuate le riforme alla legge sugli infortuni nel senso di trasformare in corresponsione rendita e pensione il risarcimento-capitale e di adottare una procedura speciale di liquidazione amministrativa contenziosa con larga compartecipazione della classe operaia. Ha indicato anche l'opportunità di trarre profitto delle esperienze fatte nell'assistenza agli invalidi di guerra e di usufruire per gli invalidi del lavoro degli impianti già predisposti di istituti e di scuole di rieducazione professionale di case del lavoro.

MEDAGLIONI.

Il prof. ACHILLE SCLAVO è stato chiamato da Siena ad occupare la Cattedra d'Igiene nel R. Istituto di Studii Superiori e di perfezionamento in Firenze, vacante per il collocamento a riposo del prof. Roster, il quale ha raggiunto il limite d'età prescritto.

Pochi scienziati sono circondati di tanta simpatia quanto il prof. Sclavo e ciò, oltrechè al valore altissimo di Lui, è dovuto al modo col quale Egli interpreta la missione di chi è diventato maestro di igiene. Egli infatti, mentre con lavori scientifici importantissimi, dimostrò di saper produrre molto, anche con mezzi assai modesti, diede alla funzione didattica le cure più diligenti, mise la sua profonda dottrina, la sua vasta coltura, la sua infaticabile operosità, il suo apostolico entusiasmo ed il suo meraviglioso spirito di iniziativa a vantaggio della soluzione di moltissimi problemi di igiene pubblica, nell'interesse dello Stato, di Amministrazione municipali, di Ospedali e di Opere pie e si è reso veramente benemerito anche nel periodo della guerra, organizzando l'istruzione tecnica dei militari disinfettatori e sopraintendendo alla profilassi antitubercolare nell'Esercito.

Il nuovo ambiente, nel quale egli va a professare quella, che fra le parti della medicina è la disciplina più essenzialmente sociale, è un campo più vasto, nel quale emergeranno anche più le sue ottime qualità di insegnante e di cittadino. La Facoltà medico-chirurgica fiorentina ha fatto un ottimo acquisto, accaparrandosi la collaborazione di un uomo che si è dimostrato veramente eminente.

s. l.

La Facoltà medica di Roma, con voto unanime, ha chiamato li prof. RICCARDO VERSARI a coprire la Cattedra di Anatomia umana normale, resasi vacante per la morte dell'illustre e venerato maestro Francesco Todaro.

Noi non possiamo fare a meno di rallegrarci di questo prezioso acquisto della Università Romana, alla quale del resto il Versari era già da lungo tempo legato per stretti vincoli scientifici.

Egli infatti vi era stato studente e poi insegnante di anatomia microscopica e sotto la guida ed il consiglio del prof. Todaro aveva già da molto tempo dato prova della sua intelligenza, della sua cultura e della sua attività scientifica.

Si era allontanato per coprire il posto di ordinario a Palermo e successivamente a Napoli, ove era succeduto al prof. Antonelli.

Il Versari fin dalle sue prime prove si dimostrò efficace e valoroso insegnante, ma le numerose ed importanti pubblicazioni da lui fatte e tra le quali ci piace ricordare quelle geniali e delicate sulla vescica e sulla circolazione embrionale dell'occhio, mostrano che egli è pure un ottimo ricercatore. Egli possiede quindi profusamente tutte le qualità che sono necessarie ad un direttore di laboratorio, sicchè possiamo affermare che ben degnamente viene a coprire la Cattedra orbata dall'illustre scienziato prof. Todaro.

p. d.

NOTIZIE DIVERSE

Il Convegno Nazionale per l'assistenza agli invalidi della guerra.

Questo Convegno, promosso dall'Associazione nazionale fra mutilati e invalidi di guerra e dai Comitati nazionali di assistenza ai mutilati ed invalidi di guerra, si terrà dal 16 al 19 dicembre 1918 in Milano presso l'Istituto dei ciechi (via Vivaio, n. 7).

La Presidenza d'onore è così costituita: S. E. Vittorio Emanuele Orlando, ministro dell'interno; S. E. tenente generale Vittorio Zupelli, ministro della guerra; S. E. vice ammiraglio Dal Bono conte Alberto, ministro della marina; S. E. avv. Leonida Bissolati, ministro delle pensioni; senatore prof. Francesco Durante, presidente dell'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra.

La presidenza del Comitato esecutivo generale è così costituita: Galeazzi prof. Riccardo, direttore Istituto rachitici, Milano; Dall'Ara capitano Dante, presidente del Comitato centrale dell'Associazione nazionale fra invalidi e mutilati di guerra, Milano. Ne è segretario il dott. Bassetta Amabile (via Vigentina 10, Milano).

Il Convegno comprenderà cinque Sezioni:

I Sezione — *Storpi e mutilati.* — Relazioni: 1. La cura delle lesioni dell'apparato locomotore, escluso il sistema nervoso, prof. V. Putti; 2. Cura dei postumi delle ferite cranio-cerebrali, prof. P. Bossi; 3 La cura chirurgica-ortopedica delle lesioni del sistema nervoso periferico, prof. G. Verga; 4. La protesi, prof. R. Dalla Vedova; 5. La protesi cinematica, dott. V. Vanghetti; 6. La rieducazione professionale degli storpi e mutilati in guerra, prof. G. Scarlini.

II Sezione — *Ciechi.* — Relazioni: 1. Assistenza medica al soldato cieco, prof. F. Denti; 2. *a*) La rieducazione dei soldati ciechi, cap. Feliciano Lepore e prof. Augusto Romagnoli; *b*) Obbligatorietà o meno della rieducazione, dott. A. Schiavi; 3. *a*) Assistenza del soldato cieco dopo la guerra, prof.ª L. Mondolfo; *b*) Speciale assistenza pei ciechi mutilati degli arti superiori, prof. don P. Stoppani; 4. Legislazione protettrice del cieco di guerra, on. Rigola e P. Landriani.

III Sezione — *Nevropsicopatici.* — Relazioni: 1. Lesioni traumatiche del cervello e del midollo spinale: *a*) Cervello, prof. V. Bianchi e prof. C. Besta; *b*) Midollo spinale, prof. O. Rossi; 2. *a*) Lesioni traumatiche dei nervi periferici, prof. G. Sala; *b*) Contratture e paralisi post-traumatiche del tipo così detto riflesso o fisiopatico, prof. E. Medeo; 3. Lesioni funzionali del sistema nervoso, prof. A. Morselli e prof. G. Boschi; 4. Psicosi di guerra, prof. A. Alberti e prof. G. Pighini; 5. Sulla sistemazione dei militari criminali anomali degenerati nelle Colonie africane di lavoro, prof. G. Antonini; 6. Rieducazione funzionale e professionale, prof. G. Modena.

IV Sezione — *Invalidi per tubercolosi.* — Relazioni: 1 .Le malattie tubercolari causa di inabilità

dott. N. Sforza; 2. L'assistenza agli invalidi per tubercolosi, prof. Gaetano Ronzoni. — Chiusa la discussione sull'invalidità per tubercolosi si passerà alla trattazione delle seguenti relazioni: 1. Le nefriti di guerra, prof. L. Devoto; 2. Le cardiopatie da campo, prof. Carlo Gennari; 3. I postumi traumatici pleuro-polmonari, prof. Eugenio Morelli.

V Sezione — *Invalidi per lesioni buccali.* — Relazione: Restaurazione protetica nei mutilati della faccia, prof. Arturo Beretta.

VI Sezione — *Invalidi per lesioni otorinolaringoiatriche.* — Relazioni: 1. Otopatici muti e sordi di guerra e loro rieducazione, prof. Federico Brunetti, prof. comm. Giuseppe Gradenigo e prof. Francesco Lasagna; 2. Lesioni del naso e dei seni annessi in rapporto alla loro funzione e alla cosmesi della faccia, prof. Guglielmo Bilancioni e dott. Amedeo Cagnola; 3. Lesioni traumatiche di guerra del faringe e dell'esofago e laringe in rapporto alla alterata loro funzione, prof. Gherardo Ferreri e dott. C. D. Torregiani; 4. I mutilati dell'orecchio e delle prime vie del respiro in rapporto alla loro modificata condizione sociale, dott. Balderesco Baldereschi e prof. Federico Brunetti.

A Sezioni riunite — *Assistenza legale, sociale, familiare degli invalidi di guerra.* — Relazioni: 1. L'assistenza medico-legale degli invalidi di guerra, prof. S. Ottolenghi (Roma); 2. Gli assegni e le pensioni di guerra agli invalidi ed ai mutilati di guerra, prof. A. Groppali (Roma); 3. L'assistenza agli invalidi rieducati, avv. Diego Martello; 4. Assistenza morale agli invalidi di guerra, prof. L. Mondolfo (Milano).

Giornata radiologica. — Relazioni: 1. Studio rariologico dell'evoluzione dei traumatismi ossei per ferite da guerra ed indicazioni terapeutiche da esso suggerite, prof. Ponzio (Torino); 2. L'indagine radiologica nella diagnosi e nell'indirizzo terapeutico delle lesioni da guerra dei mascellari, prof. Maj (Bologna); 3. L'indagine radiologica nella valutazione di invalidità e nella cura dei portatori di proiettili, prof. F. Perussia (Milano); 4. Il sussidio radiologico nell'assistenza ai feriti addominali, prof. Coleschi (Roma); 5. La radioterapia nei feriti di guerra, dott. E. Viganò (Milano); 6. La radiologia delle lesioni ed affezioni toraciche da guerra, prof. V. Maragliano (Genova).

Operazioni della Cassa Nazionale infortuni.

La Cassa Nazionale d'assicurazione per gli infortuni sul lavoro, con sede centrale in Roma, ha nei primi nove mesi del corrente anno — col tramite delle sue numerose Sedi compartimentali, Sedi secondarie, Agenzie e Sub-Agenzie sparse per tutto il Regno — emesse 26,964 nuove polizze assicuranti altri 514,676 operai; ha inoltre ricevute 80,052 denuncie d'infortunio e pagate L. 11,431,109.45 d'indennità per 77,260 casi d'infortunio, di cui 308 di morte e 6714 d'invalidità permanente.

I servizi sanitari nei territori liberati.

Il presidente del Consiglio, on. Orlando, ha diretto il seguente telegramma alla Intendenza Generale:

«A. S. E. l'Intendente Generale. — Esprimo a V. E. il mio vivo personale compiacimento per l'alacre ed efficace azione prontamente esplicata da V. E. per la riorganizzazione dei servizi sanitari nei territori liberati.

L'opera così spiegata per l'illuminata iniziativa di V. E. e dell'Amministrazione militare a sollievo immediato dei paesi particolarmente provati dalla guerra è un nuovo grande titolo della benemerenza dell'esercito. — Firmato: ORLANDO».

Per la denunzia delle malattie infettive.

L'Ufficio d'Igiene del Comune di Roma ha diramato alla stampa il seguente comunicato:

«L'Ufficio d'Igiene ha, con dispiacere, dovuto rilevare come la maggior parte dei medici liberi esercenti, specialmente dopo la comparsa dell'epidemia influenzale, non curino quasi più affatto la denuncia, imposta dall'art. 123 del vigente testo unico leggi sanitarie, dei casi di malattie infettive o sospette in loro cura.

L'Ufficio, anche quando viene per altre vie a conoscenza di casi contagiosi, si trova nell'impossibilità di prendere in tempo le misure preservative efficaci a difendere la cittadinanza. Esso pertanto è costretto a servirsi della stampa per richiamare la classe sanitaria di Roma all'obbligo, che ad essa spetta, della denuncia, nella fiducia che la dannosa dimenticanza rilevata abbia senz'altro a cessare anche nell'interesse stesso dei medici, poichè la legge commina gravi penalità per simili omissioni.

Si ricorda pure che ad evitare equivoci di diagnosi fu resa obbligatoria anche la denuncia della varicella».

Inaugurazione dell'anno accademico all' Università di Roma.

Presenti l'on. Berenini, ministro della pubblica istruzione, l'on. Bonasi, presidente del Senato, l'on. Roth, sottosegretario all'istruzione pubblica, l'on. Cermenati, sottosegretario alle pensioni, il sindaco Colonna, il comm. Pasquinangeli per la Corte di Cassazione, il cav. Crisafulli e l'avv. Verdi per la Corte di Appello, il comm. Tovaiero, direttore generale all'istruzione, molte altre autorità e quasi tutti i professori, è stato inaugurato all'Università di Roma l'anno accademico.

Il rettore prof. Tonelli commemorò gli studenti caduti in guerra, in numero di 235.

Il prof. Belfanti tenne il discorso inaugurale sul tema «Le basi future dello Stato libero».

Per un nuovo Istituto anatomico all' Università di Pavia.

Un D. L. approva una convenzione stipulata tra il Governo e alcuni enti locali e regionali, per provvedere, presso l'Università di Pavia, alla costruzione di un nuovo edificio per l'Istituto di Anatomia umana, in luogo di un edificio previsto per l'Istituto di fisiologia, che sarà invece collocato in locali già esistenti presso l'Università stessa.

Alla costruzione del nuovo Istituto sarà provveduto con la somma di L. 200,000 destinata dalla precedente convenzione alla costruzione dell'Istituto di fisiologia.

In memoria del conte della Somaglia.

La Croce Rossa Italiana ha consacrato un numero del suo Giornale Ufficiale alla memoria del conte sen. Gian Giacomo della Somaglia che fu il presidente di guerra della umanitaria Istituzione e ne accrebbe il prestigio e l'efficienza con la sua fervida attività, la virtù organizzatrice, la coscienziosità fattiva, il sano discernimento, la bontà provvida e vivificatrice, sempre vigile, volenteroso, presente.

Beneficenza.

Il prof. comm. Ernesto Tricomi, chirurgo consulente del Corpo d'Armata di Siracusa, ha ceduto gli stipendi spettantigli come maggior generale medico assimilato, al Comitato siciliano per combattere il tracoma, destinandoli specialmente alla costruzione di uno speciale padiglione per tracomatosi.

L'influenza nella Colonia del Capo.

Secondo notizie provenienti dall'Africa Meridionale e riferite nel *Medical Record* del 19 ottobre u. s., nessuna delle più letali epidemie che durante gli ultimi tempi hanno visitato quella regione può essere paragonata all'influenza.

Negli ospedali del distretto minerario del Natal sono stati ricoverati 20,000 casi; molte miniere si sono dovute chiudere ed il servizio ferroviario si è dovuto ridurre.

Epidemia non identificata nell'Argentina.

Il Dipartimento Nazionale Medico dell'Argentina denunzia la diffusione di un'epidemia non identificata, che infierisce tra i bambini della provincia di Catamarca; somiglia ad una dissenteria mite ed è oltremodo contagiosa. In un mese ne sono morti 100 bambini su di una popolazione di 10,000 anime incirca.

Tutte le navi provenienti dalla Francia, dalla Spagna, dall'Italia e dal Portogallo sono ora sottoposte a quarantena.

Per le carni di bassa macelleria.

Il Ministero dell'interno ha impartito disposizioni agli Uffici di Igiene municipali, nel senso che, per giudicare della commestibilità delle carni di bassa macelleria, pur applicando in massima le vigenti disposizioni legislative in materia sanitaria, si debbano seguire i più larghi criteri con sentiti dalle odierne cognizioni scientifiche.

Un ordine del giorno in tal senso era stato votato dalla Sezione d'Igiene sociale della Commissione pel dopo-guerra, su proposta del prof. Lanfranchi, per quanto concerne le carni di animali tubercolotici.

Si è spento a Roma, nel Policlinico Umberto I, il dott. RODOLFO FOSCARINI, aiuto-medico degli Ospedali riuniti.

La sua giovinezza e sopratutto la sua modestia avevano celato a molti il tesoro di fede e di lavoro che racchiudeva nell'anima. Laureato a Roma, prima assistente e poi aiuto degli ospedali, si era prodigato senza risparmio coi i suoi malati e questo apostolato egli ha seguito fino alla malattia, che in pochi giorni lo ha stroncato; fino agli ultimi giorni è rimasto al posto di combattimento a dare il suo valido ausilio nella lotta contro una epidemia, di cui egli stesso doveva cadere vittima gloriosa e modesta.

Tale manifestazione di fede indistruttibile egli aveva dato in non poche occasioni della sua vita: sebbene la salute precaria lo avesse costretto a restare lungi dalle prime linee, egli insistette presso amici per avere l'onore di essere vicino ai combattenti: io lo ricordo, sofferente ancora, imbarcarsi per la Macedonia, quando infuriava la lotta sottomarina, con desiderio vivissimo di dare tutto sè stesso alla causa santa, e ricordo il suo dolore, quando per infermità sopravvenuta, dovette rimpatriare.

La poesia di certi ricordi vibra sempre nell'animo nostro come una voce di incoraggiamento, e la memoria di Rodolfo Foscarini è un magnifico stimolo per coloro che qualche volta sentono la propria fede allentarsi nella vita. Con lui scompare un lavoratore, un animo buono, un uomo di fede; il nostro libro d'oro lo inscrive in una delle pagine sue fulgide, tra coloro che sulla breccia, coscienti, caddero da forti.

t. p.

In un reparto someggiato di sanità ha perduto la sua bella e promettente giovinezza lo studente del 4° anno di medicina PAOLO SERRILLI, da S. Marco in Lamis (Foggia).

Era stato l'anno passato in un ospedaletto da campo, e quest'anno, di ritorno dall'Università, desiderò e volle andare più innanzi nella zona di operazione, per stare più vicino alle nostre truppe operanti.

I. d. P.

Indice alfabetico per materie.

Adenia eosinofila pruriginosa . . . . *Pag.* 1202
Affaticamento (Sindrome da) e paralisi progressiva iniziale . . . . » 1208
Emottisi (Le) e loro trattamento . . . » 1199
Febbre tifoide: manifestazioni bucco-faringee . . . . » 1208
Fratture delle ossa mascellari: cure preliminari . . . . » 1205
Idrofobia (Sull') . . . . » 1210
Lavande vaginali . . . . » 1209
Malaria latente: attivazione stricnica . *Pag.* 1207
Malattia di Castellani o broncospirochetosi . . . . » 1198
Splenopolmoniti: diagnosi . . . . . » 1189
Storia della medicina: Galilei e le scienze mediche . . . . » 1204
Studenti di medicina (Per gli) . . . . . » 1212
Ulcera gastrica: risultati della cura chirurgica . . . . » 1201
Vomito delle gravide: alimentazione nel — . . . . » 1209

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXV. Roma, 15 dicembre 1918 Fasc. 50.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Questioni del giorno: G. Pighini: L'edema da fame nelle terre liberate — **Osservazioni cliniche:** P. Caliceti: Su un raro caso di ascesso della tiroide consecutivo a settico-piemia otitica senza trombosi del seno trasverso. — **Note e contributi**: C. Marchesi: Determinazione plessica del' limite inferiore dello stomaco e controllo radiografico. — **Servizi sanitari:** Come si provvede alla selezione ed alla cura dei militari tubercolosi. — **Sunti e Rassegne:** NEUROLOGIA: H. Climenko: I sintomi prodromici della forma nervosa di arteriosclerosi. — Paralisi generale, sifilide nervosa e liquido cerebro-spinale. — CHIRURGIA: J. B. Deaver: Traumatismi dell'addome. **Appunti di medicina pratica:** SEMEIOLOGIA: La lingua nella scarlattina. — CASISTICA: La morte per paralisi cardiaca nella difterite. — TERAPIA: La cura del patereccio. — **Varia.** — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Pangloss: La smobilitazione sanitaria. — N. Garosci: Per i laureandi in medicina. — Sulla possibilità delle autopsie negli ospedali. — **Amministrazione sanitaria:** Smobilitazione dei militari malarici, venerei e tracomatosi. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Condotte e concorsi.** — **Medicina sociale:** La vigilanza igienico-sanitaria negli stabilimenti industriali. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'edema da fame nelle terre liberate.

Durante la gloriosa ultima avanzata e la ripresa di possesso delle nostre sacre regioni italiche, la Direzione di Sanità dell'Armata del Grappa e degli Altipiani, cui appartengo, mi incaricò, in via eccezionale, di provvedere alle prime sistemazioni igieniche dei territori via via sgombrati dal nemico, in attesa della nomina di ufficiali sanitari militari stabili.

Durante questo periodo ebbi perciò occasione, tra i primi ufficiali medici accorsi sul luogo, di visitare le popolazioni redente, e di portar loro i più urgenti soccorsi sanitari. Ciò che tra l'altro richiamò subito la mia attenzione e destò viva la mia curiosità medica fu il constatare non pochi casi di una strana malattia che non avevo mai vista, e di cui neppure conoscevo, lo confesso, la sindrome, che pare fosse già stata descritta dai sanitari dell'esercito napoleonico, e da altri che la constatarono durante la carestia irlandese del 1835, e durante quella del Messico del 1915.

Lo apprendo dall'articoletto del Filippini comparso sull'argomento nel n. 46 di questo giornale: da esso prendo lo spunto per queste succinte righe che stendo a titolo di notizia, in attesa che altri approfondisca con più estese indagini e mezzi proprii la osservazione clinica e la ricerca di gabinetto.

L'«edema della fame», la malattia cui alludo, pare conti già una ricca letteratura nei paesi centrali, ove è stata ampiamente documentata durante la presente guerra. Io non ho qui la possibilità di consultare quella letteratura;

dal riassunto che ne fa il Filippini i caratteri della malattia osservata in Germania ed in Austria sarebbero: edema localizzato dapprima sopratutto agli arti inferiori e talora ai genitali, poi diffuso ai superiori e al viso e da ultimo alle cavità sierose. Debolezza del malato, dolori muscolari agli arti affetti, nulla di notevole al cuore e ai reni; alvo diarroico, ipotermia e tendenza alla asfissia dei tessuti. Orina ricca di acetone, ammoniaca, amino-acidi, acido urico e creatinina, ritardata eliminazione di azoto e di cloruro di sodio. Nel sangue aumento di acqua e di cloruri, diminuzione notevole dell'albumina.

La guarigione, che si ottiene col riposo in letto e specialmente aumentando il quantitativo dei grassi, è preceduta dalla scomparsa dell'edema, onde risalta l'avanzato dimagramento di tutto il corpo. Se non si provvede con l'alimentazione e col riposo, si ha la morte per sfinimento cachettico che prende il 4-5 % dei colpiti.

Casi analoghi ho osservato appunto nella zona feltrina di Arsiè, Fastro, Mellame, Rovai ai primi di questo mese. In ciascuno di tali paesetti, contanti circa 1000 anime, sono al presente 3-4 i colpiti; questi però non debbono considerarsi che come i superstiti dei numerosi casi preesistenti sino all'estate scorsa, molti tra i quali (40-50 casi per ogni villaggio) sono morti a quell'epoca, e gli altri sono via via guariti. Per spiegare ciò occorre tener presente che la maggiore carestia in questa zona — e credo in tutto il territorio occupato dal nemico — si è verificata nei mesi di febbraio, marzo, aprile, maggio, quando cioè si andavano esaurendo le scarse riserve alimentari che la popolazione aveva potuto sottrarre ed occultare alla spietata requisizione fatta da quegli affamati, e il nuovo governo non passava agli abitanti che 80-100 grammi di farina (miscuglio di grano, segala e castagna), con inezie di surrogati di caffè e zucchero, al giorno. Tale alimento, che non raggiungeva al massimo le 1000 calorie, avrebbe dovuto bastare a chi non aveva altre risorse: ed è appunto a costoro — nelle famiglie dei braccianti, dei nullatenenti, degli ex-impiegati comunali lasciati senza alcuno stipendio — che si verificavano i tanti casi della malattia.

Per concordi deposizioni risulta che nei tristi mesi, chi non si adattava a morire letteralmente di fame, doveva racimolare pei campi le scarse erbe mangerecce della flora invernale e contenderle quasi agli scarni equini del nemico razzianti per ogni dove. Il sopraggiungere dell'estate fu la salvezza per quelli che non erano dovuti soccombere in quel tragico periodo; gli ortaggi, il frumento, il granturco, le frutta, la scarsa uva, per quanto depredate dalle soldatesche e confiscate via via dall'autorità nemica, offrirono ai più la estrema risorsa per riaversi e nascondere un po' di scorta. Pei non proprietari però le condizioni non migliorarono di molto, ed è tra questi che si noverano i casi tuttora in atto.

Sono, per tre quarti, vecchi dai 50 ai 70 anni; gli altri bambini sino ai 13-14 anni. Non ho visto casi di giovani e maturi, nè pare se ne riscontrassero durante l'infierire della carestia invernale. Ho constatato le due forme: la edematosa negli individui in piedi e tuttora dediti a qualche lavoro; la cachettica in quelli messisi in letto per non poter più sostenere ogni minima fatica, e curati alla meglio dai parenti.

Questi ultimi però tutti affermano aver superato la fase del gonfiore, e alcuni in letto erano ancor gonfi, specie al volto.

Nella fase edematosa — ossia nel vero periodo di stato della malattia — ho osservato: gli individui hanno la cute arida, giallo-cerea, e una tinta subitterica nelle sclerotiche. L'edema è accentuato generalmente al volto e specie attorno agli occhi; frequente agli arti inferiori e allo scroto. Negli arti superiori è raro; ivi spicca più che altro la aridità e plicatura della pelle sopra le masse muscolari atrofizzate. Ciò che si incontra sempre è la assenza assoluta di pannicolo adiposo sottocutaneo. Le mucose sono pallide, le gengive color malva pallida. In più casi ho notato una escara a fondo lardaceo nella lingua, verso la punta. Non segni scorbutici.

Il sangue, stillato dal dito colla puntura di un ago, appare acquoso, rosso-chiaro, e stenta a coagulare.

L'orina, bollita naturale o debolmente acidificata, non dà intorbidamento albuminoideo.

L'alvo è generalmente diarroico, con crisi di vere diarree.

Tutti i pazienti si lamentano di debolezza estrema; alcuni di dolori agli arti, di origine nevritica.

Nella fase più grave, in alcuni degenti in letto ho notato un dimagramento estremo: in un bambino, reso scheletrico, una ascite, senza obiettiva partecipazione epatica.

In questi casi gravi mi parve si ottenesse un certo miglioramento somministrando, come feci subito, latte concentrato (in scatole fornitemi dalla benemerita Y. M. C. A. americana). Non ho sperimentato la cura dei grassi, che sembra la più pronta: ma certo il latte, oltre che pel suo contenuto albuminoideo, deve aver

molto giovato pei suoi grassi. Ed a proposito ho appunto notato che tutti i casi si sono verificati nelle famiglie — e sono le più, dopo le metodiche spogliazioni sofferte — che non avevano vaccina. (Anche per la pellagra avevo già notato che, in provincia di Reggio Emilia, la malattia si verifica specialmente nelle popolazioni che non sono in grado di fare uso del latte).

Anche da noi adunque, nell'anno nefasto, si sono presentati numerosi casi dell' « edema da fame », ed ho ragione di credere che nelle altre regioni da me non esplorate avrà avuto gli stessi caratteri.

Circa la sua insorgenza ed evoluzione morbosa, escludendo si tratti di una forma infettiva come alcuno in Germania aveva ritenuto (mancanza di febbre, coincidenza assoluta colle deficienze alimentari, guarigione col riposo e con alimentazione adatta), sembra doversi ammettere che la causa prima è nella cattiva e insufficiente alimentazione: con 80-100 grammi di farine eterogenee, e zuppe di erbe di prato, una tazza di surrogato di caffè e di zucchero — poichè a tale era ridotta nei mesi invernali la razione giornaliera dei nostri fratelli oppressi — non è certo possibile raggiungere neanco un terzo di quel minimo quantitativo di calorie (2000 circa) compatibile col mantenimento della salute e della vita; aggiungi poi che i più di questi infelici dovevano prestare il loro lavoro per avere la razione di farina: quindi maggiore sciupio di calorie.

Al difetto di calorie devesi aggiungere il difetto di speciali elementi alimentari pure indispensabili al mantenimento della vita: e tra questi — senza fermarsi sulla mancanza di eventuali vitamine — degli albuminoidi e dei grassi, certo al disotto del minimo indispensabile in tali razioni. La mancanza pressochè assoluta di grasso poi doveva farsi anche più risentire per la deficienza compensatoria dei carboidrati. Non mi è possibile, ora, cogli scarsi dati raccolti e la mancanza di mezzi analitici di laboratorio, discutere a fondo la questione, che addito allo studio degli ufficiali igienisti nominati ora stabilmente nelle varie zone redente. L'impressione mia, ad ogni modo, è che si tratti di una grave discrasia da insufficiente nutrimento di abuminoidi e specie di grassi (gliceridi e lipoidi in genere).

La causa prima dell'edema e dell'alterazione umorale del sangue e dell'orina, constatata dai ricercatori tedeschi, risiede in tale deficienza, non in turbe di circolo da alterazioni cardiache e renali, risultando quegli organi complessivamente in istato di sufficiente funzionalità. Le alterazioni chimiche della urina e del sangue ci parlano di una intossicazione acida cui soggiace l'organismo; e questa intossicazione potrebbe, a parer mio, spiegare la ritenzione di acqua nei tessuti, in accordo colla teoria dell'edema di M. Fischler.

Aggiungerò che in tali organismi discrasici tutti i visceri interni partecipano della intossicazione generale, quindi molte cautele occorre per essi usare per ricondurli alla funzionalità fisiologica colla cura alimentare. Mi è occorso infatti di constatare tre casi di aggravamento rapido e di morte in un paio di giorni con segni di diarrea incoercibile, febbre seguita da ipotermia e adinamismo cardiaco, in individui già convalescenti della malattia, e che al nostro avvento liberatore si abbandonaro incauti ad ingestione di carne, cioccolato, ed altri cibi distribuiti alla popolazione.

La carne specialmente dovrà essere proscritta sino a che i succhi digestivi ed i visceri interni non abbiano ripreso la loro efficienza chimico-fisiologica. L'aumento di acetoni, di amino-acidi, di acido urico nelle orine ci dicono la grave disfunzione epatica, e ci illuminano sul trattamento da farsi.

Zona di guerra, 28 novembre 1918.

Prof. G. PIGHINI,
ten. colonnello medico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DA CAMPO N. 204.

Su un raro caso di ascesso della tiroide consecutivo a settico-piemia otitica senza trombosi del seno trasverso.

Dott. PIETRO CALICETI,
assistente alla R. Clinica oto-rino-laringoiatrica di Catania diretta dal prof. S. CITELLI.

Più che per la forma speciale di piemia, forma conosciuta sotto il nome di « piemia osteoflebitica di Körner » o « piemia otitica senza sinutrombosi » e che non è tanto rara, io credo utile descrivere questo mio caso per la singolare localizzazione del processo piemico alla ghiandola tiroide.

I casi, infatti, di metastasi alla ghiandola tiroide nella piemia otitica debbono essere assai rari, e non mi risulta che altre osservazioni del genere siano ricordate nella scarsa letteratura riguardante le tiroiditi secondarie a processi infettivi.

C... C..., soldato del ... regg. fanteria, classe '98, di Gobbio (Vicenza).

Nulla d'interessante nell'anamnesi remota del P. il quale asserisce di non avere mai sofferto

di malattie degne di speciale menzione. Nessuna tara ereditaria.

Chiamato alle armi, fu inviato nel novembre 1917 alla fronte, ove è rimasto fino ad ora. La presente malattia ebbe inizio nei primi del gennaio scorso: riferisce che in seguito ad una corizza acuta insorsero dolori trafittivi nell'interno dell'orecchio destro. Tali dolori dapprima intermittenti e di modica intensità, andarono a mano a mano rendendosi più acuti e continui e si accompagnarono a rumori intensi e a secrezione purulenta, la quale però in pochi giorni si arrestò completamente. Persistendo i fenomeni dolorosi ed essendosi il P. accorto che la regione mastoidea dal lato affetto si era tumefatta in modo piuttosto notevole, chiese visita medica in seguito alla quale fu inviato d'urgenza nel nostro reparto: 21 marzo 1918.

Esame obiettivo. — T. 47°.6. P. 80. R. 21. Individuo di costituzione gracile con poco pannicolo adiposo e masse muscolari flaccide. Cute e mucose visibili pallide. Nulla a carico degli organi toracici e addominali. La regione mastoidea è tumefatta, ricoperta da tegumenti arrossati ed edematosi, dolente alla pressione specie in corrispondenza dell'antro.

Esame otoscopico. — Non si nota pus nel condotto uditivo, lievemente stenotico nel suo tratto terminale; la membrana timpanica è infiltrata, arrossata, estroflessa nei quadranti superiori, con cicatrice in avanti e in basso.

Si pratica seduta stante una paracentesi timpanica, dando esito ad alcune gocce di pus misto a sangue.

24-29 marzo. — Durante questi giorni, per quanto si sia insistito con la cura medica consistente in lavaggi auricolari ed impacchi caldo-umidi, i sintomi di mastoidite sono andati accentuandosi: la tumefazione alla mastoide è aumentata, il solco retroauricolare è quasi scomparso e il padiglione dell'orecchio si è spostato in avanti e in basso. La temperatura ha oscillato tra 36°.9-37°.8.

Dato ciò, si giudica necessario un intervento chirurgico.

30 marzo. — *Operazione.* — Narcosi morfiocloroformica. Incisione alla Wilde. Tolta la corticale sottile ed iperemica, si scopre un'ampia cavità dalla quale fuoriesce pus sotto pressione. Si asportano vari strati di cellule ossee contenenti pus e rivestite da granulazioni e si demolisce completamente la punta della mastoide invasa da processo carioso. Aperto l'antro piccolo e profondo, si allarga la breccia operatoria nella parte posteriore della mastoide fino in corrispondenza della gronda del seno sigmoide che viene in parte aperta, mettendo allo scoperto la parete del seno di aspetto completamente normale. Detersa la breccia operatoria, si zaffa con garza sterile. Gli esami bacteriologici del pus mastoideo diedero reperto di uno streptococco a catenelle corte in cultura pura.

31 marzo. — T. 36°.5-36°.9. Il malato è calmo e non si lagna, come nei giorni scorsi, di dolori all'orecchio e al capo. Polso regolare.

1 aprile. — T. 36°.5-37°.1.

2 aprile. — T. 36°.8-37°.2. Condizioni generali buone.

3 aprile. — Si esegue la prima medicatura: l'aspetto della ferita operatoria è ottimo.

4 aprile. — Temperatura mattutina 36°.5. Verso le ore 15 la temperatura si è elevata con brivido a 39°.5.

Il malato si lamenta di una sensazione di tensione dolorosa nella parte anteriore del collo. Nulla si osserva obiettivamente.

5 aprile. — Il malato è molto agitato. Riferisce di avere avuto durante tutta la notte dolori continui nella parte anteriore del collo, e di provare di tanto in tanto difficoltà nel respiro e nella deglutizione. Obiettivamente si osserva nella parte anteriore del collo una lieve tumefazione diffusa con cute arrossata. La pressione è in questa regione uniformemente dolente. Temperatura mattutina 37°, serale 39°.2 preceduta da brivido. Polso proporzionato alla temperatura.

6 aprile. — L'arrossamento e la tumefazione si sono maggiormente accentuati in corrispondenza della regione tiroidea, ove la pressione è dolentissima. Il malato è molto agitato, ha crisi di pianto e si lamenta di forti dolori nella deglutizione. Ha cardiopalmo e tachicardia. P. 112 con T. 37°.3 (ore 8). Sera T. 39°1.

7 aprile. — La tumefazione si è localizzata alla regione tiroidea, e corrisponde esattamente alla ghiandola tiroide come situazione e come forma. Questa tumefazione è di consistenza duro-elastica, dolorosa alla pressione e segue i movimenti di ascensione della laringe durante la deglutizione. Il malato si dimostra molto agitato e preoccupato. Dice di avere acidità allo stomaco con senso di nausea continuo; ha avuto una vera crisi di vomito per la durata di un'ora circa. Continua il cardiopalmo. Polso 130 con temperatura 37°.4 (ore 9).

È bene evidente un tremore vibratorio alle mani a scosse brevi, rapide, regolari.

La ferita operatoria alla mastoide ha ottimo aspetto, ma stenta a granuleggiare.

8 aprile. — Continuano i dolori alla deglutizione. La tumefazione si è maggiormente accentuata in corrispondenza del lobo sinistro della tiroide. Alla pressione, che è sempre molto dolente, non si avverte senso di fluttuazione. Il malato è molto impressionabile, facile al pianto. Si lamenta di iperacidità gastrica e di senso di nausea continuo; ha scialorrea. Dice di sentirsi molto debole e a stento eseguisce movimenti obbligati.

Ha una fissità speciale dello sguardo, con occhio lucido e con rima palpebrale un po' più ampia del normale. Non v'è esoftalmo, nè sintoma di Graefe, nè di Stellwag. È presente il segno di Moebius. Persistono il cardiopalmo, la tachicardia e i tremori alle mani. Polso 140 con temperatura 37°.1 (ore 8). Sera T. 38°.2.

9 aprile. — La tumefazione al collo è tesa, dolente, ricoperta da cute lievemente arrossata, non fluttuante. Persiste uno stato di agitazione ed irritabilità psichica. La rima palpebrale è sempre più ampia del normale, l'occhio lucente con umidità speciale delle cornee. Non v'è esoftalmo. Presente il segno di Moebius. Si lamenta di cardiopalmo continuo. Polso 156 con T. 37°.4 (ore 8). Sera T. 38°.4.

10 aprile. — È lievemente aumentata la tumefazione in corrispondenza del lobo destro della tiroide. Non si avverte, però, alla pressione senso di fluttuazione. Il malato si lamenta di forti dolori spontanei che s'irradiano lungo il collo, specie dal lato destro. La ferita

mastoidea granuleggia stentatamente. Persistono i disturbi gastrici, la grande irritabilità psichica e il nervosismo generale. Ha cardiopalmo continuo. Polso 160. T. 37°.4 (ore 9). Sera temperatura 38°.1.

11 aprile. — Il malato accusa di nuovo forti dolori nella deglutizione e prova difficoltà nella respirazione e alle volte senso di soffocazione. È comparsa tosse insistente e raucedine. È molto debole, pallido, assai dimagrito e accusa una grave debolezza generale. È sempre molto eccitabile, preoccupato, facile al pianto. Persistono i tremori alle mani, il cardiopalmo e la tachicardia (P. 165. T. 37°.4 ore 8.30). Ha una fissità speciale dello sguardo con occhio lucente e rima palpebrale più ampia del normale. È manifesto il segno di Moebius.

Per quanto non si avverta sul punto più sporgente della tumefazione tiroidea in corrispondenza del lobo destro senso di fluttuazione, si crede opportuno intervenire chirurgicamente. Si procede all'atto operativo sotto anestesia locale con cloruro di etile e dopo disinfezione iodica. Si pratica un'incisione obliqua dal dietro all'avanti e dall'alto in basso nel punto più convesso della tumefazione sul lobo destro della tiroide e, giunti alla capsula fibrosa che avvolge la ghiandola tiroide, s'incide dando esito ad abbondante pus fluido, non puzzolente. Zaffo della ferita.

Cogli esami bacteriologici si isola uno streptococco del tutto simile a quello isolato dal pus mastoideo.

12 aprile. — Il dolore e il senso di tensione al collo sono quasi completamente scomparsi; pure la respirazione è divenuta regolare, ed è cessata la tosse. Il malato, per quanto un po' più calmo rispetto ai giorni scorsi, è sempre molto irrequieto, facile a commuoversi e a piangere; ha facili sudori ed un'estrema debolezza. Ha allucinazioni visive. Persistono il tremore alle mani, il cardiopalmo e la tachicardia. P. 145. T. 36°.6 (ore 7). Temperatura serale 37°.3.

13-17 aprile. — In questi giorni la temperatura si è elevata al massimo a 37°.5. È continuato quello stato di irritabilità e di esagerata emotività dei giorni scorsi. Il cardiopalmo è divenuto intermittente. Persiste il tremore alle mani e la tachicardia. (Polso oscillante tra i 120-140 con temperatura oscillante fra i 36°.9-37°.3). La rima palpebrale si mantiene di ampiezza maggiore del normale; non v'è esoftalmo.

18 aprile. — Sono insorti improvvisamente forti dolori alla regione lombare sinistra, dolori che obbligano l'ammalato a mantenere costantemente un decubito laterale e a rimanere immobile. Nulla si osserva in detta regione obiettivamente; la pressione è dolorosa.

L'aspetto della ferita operatoria al mastoide è buono; l'ascesso alla regione tiroidea è completamente svuotato e si mantiene bene drenato. Condizioni generali invariate. Temperatura mattutina 36°.7 con polso 121. Sera temperatura: 38°.6.

19 aprile. — Persiste il dolore continuo nella regione lombare sinistra. Il punto di maggior dolore alla pressione è a circa 4 cm. a sinistra dall'apofisi spinose delle vertebre lombari. Lo stato di agitazione e di preoccupazione dei giorni scorsi è aumentato con l'insorgere del nuovo dolore. Non si lamenta più di cardiopalmo. Non ha avuto allucinazioni visive. Persistono i tremori alle mani e la tachicardia.

Temperatura al mattino 36°.3 con polso 114; sera temperatura 39°.3.

20 aprile. — T. 36°.8-38°.9. Nella regione lombare ove persistono i dolori non è comparso alcun sintoma obiettivo.

21 aprile. — In corrispondenza della regione lombare è comparsa una leggera tumefazione a limiti non ben netti, ricoperta da cute normale. La pressione è dolorosa.

Esame delle urine. — P. S. 1015, reazione acida. Albumina presente (5 ‰). Glucosio assente. Sedimento: numerosi cilindri renali, granulosi ed epiteliali, leucociti ed emazie.

22 aprile. — T. 37°.4 (ore 8. P. 135). Sera T. 39°.2. È molto sofferente per i dolori continui alla regione lombare sinistra, dolori che gl'impediscono di eseguire qualunque movimento del tronco e degli arti inferiori e lo costringono a mantenere un decubito laterale destro. In corrispondenza della regione lombare sinistra è scomparso l'avvallamento fisiologico, il quale è sostituito da una tumefazione a limiti indefiniti, di consistenza teso-elastica, con senso di fluttuazione profonda. La palpazione risveglia vivo dolore. La pressione sulla cresta iliaca, sulle apofisi trasverse e sulle apofisi spinose, riesce indifferente. Nessuna deviazione della colonna vertebrale. La stazione eretta non provoca nessun dolore in corrispondenza della porzione lombare della colonna vertebrale. Si crede opportuno un intervento chirurgico.

Intervento. — Anestesia cloroformica, disinfezione iodica. Incisione obliqua che parte dalla dodicesima costa e termina sulla cresta iliaca in regione lombare. Dissecando i muscoli della regione, si giunge alla loggia renale nell'atmosfera cellulo-adiposa ove si riscontra una voluminosa raccolta di pus, al quale si dà esito. Detersa la cavità ascessuale ed esplorata, si zaffa.

23 aprile. — Il malato ha riposato durante la notte. T. 36°.9-37°.1.

Persistono i disturbi a carico del sistema nervoso: è sempre molto irrequieto, ha tremori alle mani, tachicardia.

24 aprile. — Condizioni generali migliorate. T. 36°.6-37°.2. P. 114.

La ferita alla regione mastoidea va cicatrizzando; si mantiene ancora un piccolo drenaggio della cavità ascessuale alla ghiandola tiroide.

25 aprile. — Si nota un notevole miglioramento nelle condizioni generali. T. 36°.9-37°1. P. 108.

Nell'urina si constata ancora la presenza di albumina e nel sedimento si osservano rari cilindri renali e cellule epiteliali.

26 aprile. — Accusa dolori in corrispondenza della natica destra, dolori che gl'impediscono i movimenti dell'arto corrispondente. Nulla si riscontra obiettivamente. Condizioni generali discrete. T. 37°-37°.9.

27 aprile. — I dolori alla natica sono ancora aumentati. All'esame si nota che tutta la natica destra è ricoperta da cute di colorito normale. I movimenti dell'arto inferiore destro sono molto disturbati. Il P. è costretto al decubito laterale sinistro. Si precisa con la palpazione un punto di massimo dolore dietro al gran trocantere. Si pratica una puntura esplorativa nella regione trocanterica destra e si estraggono alcuni centimetri cubici di pus color caffè e latte.

Sotto anestesia cocainica mista a quella di

cloruro di etile, si pratica un'incisione profonda nella regione trocanterica destra e si scopre una sacca ascessuale che viene incisa dando esito ad abbondante pus. In fondo alla sacca si palpa il piccolo trocantere, ricoperto da periostio. Si pratica un'accurata detersione e si zaffa.

28 aprile. — Temperatura al mattino 36°.4. Sera 37°.4. Il malato è molto debole, si stanca ad ogni minimo movimento, ha sudori profusi e frequenti. Polso 116 con T. 37°.1. Non ha cardiopalmo.

29 aprile. — Le sacche ascessuali già completamente svuotate di pus vanno riducendosi. La ferita mastoidea è quasi completamente cicatrizzata.

Pure la ferita in corrispondenza del lobo destro della tiroide si è molto ridotta e da essa non esce più secrezione purulenta. Si mantiene bene drenata, come pure la ferita in corrispondenza della loggia renale sinistra e quella della regione trocanterica destra. Il malato dice di sentirsi molto meglio: è tranquillo e meno irritabile. Temperatura al mattino 36°.5 con P. 112. Sera T. 37°.3.

30 aprile. — Condizioni generali migliorate. Temperatura al mattino 36°.3. Sera 37°.4. Polso 110 con T. 37°.1.

1-7 giugno. — Durante questo periodo la temperatura è salita ad un massimo di 37°.4 alla sera. Non si è avuto formazione di nuove raccolte, e quelle già aperte sono andate detergendosi e riparando: la ferita mastoidea è quasi completamente cicatrizzata e quella alla regione tiroidea è ridotta ad una piccolissima piaga non secernente. Il malato è divenuto più calmo, meno emotivo, meno impressionabile. Non ha più cardiopalmo e la tachicardia è meno accentuata (massimo 110). I disturbi gastrici sono scomparsi.

7-15 giugno. — Si è ottenuto in questo periodo un accentuato miglioramento nelle condizioni generali. È guarita la ferita mastoidea e quasi completamente quella tiroidea; le altre cavità ascessuali si sono pure notevolmente ridotte. È ritornato l'appetito ed il malato è andato riacquistando le forze. La tachicardia è divenuta intermittente e poco accentuata. (P. 101-106 con T. 36°.9-37°). Non ha più cardiopalmo. È scomparso quello stato di eccitabilità psichica e di nervosismo generale. La temperatura ha oscillato fra i 36°.4 e 37°.2.

16 giugno. — Date le condizioni generali buone, viene trasferito in un ospedale territoriale per continuazione di cura.

* * *

Abbiamo osservato, dunque, in questo caso, la comparsa di un ascesso metastatico della tiroide in seguito ad una suppurazione timpanica con mastoidite acuta. L'esame bacteriologico ci dimostrò che lo stesso germe (streptococco) era in causa nell'infezione primitiva timpano-mastoidea e nella localizzazione alla tiroidea.

L'inizio della tiroidite, come abbiamo visto, fu brusco, segnato da febbre elevata, preceduta da brivido, e da una sensazione dolorosa alla regione anteriore del collo e da disfagia accentuata. L'infiammazione ghiandolare dapprima diffusa a poco a poco andò localizzandosi al lobo destro, ove si ebbe la formazione di un ascesso. È noto che il processo infiammatorio per lo più non invade tutta la ghiandola tiroide, ma si localizza ad un solo lobo e con più frequenza, come avvenne in questo mio caso, al lobo destro. De Quervain trova 20 tiroiditi del lobo destro, per 9 del lobo sinistro e 15 bilaterali.

I dolori spontanei, che alle volte s'irradiarono pure lungo i rami del plesso cervicale (10-4), e la disfagia andarono aumentando col formarsi della raccolta ascessuale. Si è osservato anche, prima dello svuotamento dell'ascesso, che l'ammalato provava una certa difficoltà respiratoria e che alle volte aveva tosse insistente e voce rauca. Questi fatti debbono attribuirsi con tutta probabilità a compressione della trachea e specialmente del ricorrente.

Merita in particolare di essere ricordato che dopo pochi giorni dall'inizio della tiroidite acuta comparve una serie di sintomi, che a ragione ci indusse a pensare ad una sindrome di Basedow incompleta.

Notammo, infatti, la comparsa di una tachicardia continua, accompagnata da intenso cardiopalmo, da tremori muscolari specie alle mani, da grande irritabilità psichica e nervosismo generale, da disturbi gastrici e da astenia. Inoltre, la rima palpebrale era divenuta più ampia del normale, e l'occhio lucido con fissità speciale, sicchè per quanto mancasse il vero esoftalmo, l'occhio ricordava da lontano quello dei basedowiani. Per vari giorni si notò pure la presenza del sintoma di Moebius, mai è comparso il segno di Graefe e lo Stellwag.

Tutto questo complesso di sintomi si è mantenuto durante il processo infiammatorio acuto, e a poco a poco è andato scemando fino a scomparire, insieme con la tachicardia, circa un mese e mezzo dopo svuotato l'ascesso.

Se in alcuni casi non è possibile stabilire dal punto di vista patogenetico se questa sindrome basedowiana o basedowoide, come ha proposto di chiamarla Stern, sia dovuta ad un ipertiroidismo parziale o piuttosto ad una nevrosi vera e propria del gran simpatico senza l'intervento diretto e necessario della ghiandola tiroide, o infine sia dovuta a qualche altra anomalia endocrina che non sia quella tiroidea, ovvero ad anomalie pluriglandolari, in questo mio caso, in cui il processo infiammatorio acuto si svolse a carico della ghiandola tiroide, non vi possono essere dubbî circa la genesi del quadro morboso descritto.

Va pure ricordato che questa piemia non fu nel nostro caso consecutiva a trombosi del seno laterale. Che non si trattasse di trombosi del seno laterale, noi l'abbiamo potuto stabilire più che dai dati clinici (per quanto la mancanza dei sintomi apofisari caratteristici della sinutrombosi, la localizzazione delle metastasi, il benigno andamento della malattia e il fatto che questa forma si è sviluppata in seguito ad un'otite acuta in un individuo giovane, facessero ragionevolmente pensare alla piemia senza trombosi del seno), dalla osservazione diretta al tavolo operatorio.

Che questa piemia otitica senza compartecipazione sinusale sia una conseguenza della flebite delle venule intraossee, come ritiene e sostiene il Körner, o sia dovuta al passaggio diretto dei germi infettivi o delle loro tossine nel sangue attraverso i capillari ossei mastoidei o della stessa mucosa timpanica, come vorrebbero il Brieger e l'Heymann, non ho potuto stabilire in questo mio caso in cui ho avuto come esito la guarigione. Ad ogni modo credo che tanto l'ipotesi del Körner che quella del Brieger possano essere invocate per spiegare il meccanismo patogenetico di questa piemia otogena senza sinutrombosi, e numerosi reperti d'autopsia hanno pienamente confermato sia l'una che l'altra possibilità.

Il fatto, però, che in questo mio caso le manifestazioni piemiche si svilupparono dopo l'operazione sulla mastoide, fa supporre o che con l'atto operativo non si riuscì ad eliminare il piccolo vaso trombizzato che poteva trovarsi in una parte qualunque dell'osso temporale, o che questa piemia aveva un substrato anatomopatologico diverso da quello ammesso dal Körner e dal Brieger, simile, invece, a quello ideato dal Leutert per spiegare la così detta sindrome del Körner. Il Leutert sostiene che non vi può essere piemia otitica senza flebite di uno dei seni peritemporali, e che la così detta forma del Körner sarebbe dovuta ad una trombosi parietale del seno. Ora, ammettendo nel nostro caso che si sia formato un trombo parietale (sia che questo si fosse localizzato nel seno laterale, o nel bulbo della giugulare, o in uno dei seni cranici minori) bene si potrebbe spiegare come la febbre e le manifestazioni piemiche si siano spente gradatamente con il progressivo organizzarsi del trombo parietale. Ad ogni modo, qualunque sia l'interpretazione patogenetica che si vuol dare, questa sindrome di Körner, per il diverso andamento clinico e il differente trattamento terapeutico che richiede, va indubbiamente differenziata dalla classica piemia otogena che accompagna la tromboflebite di qualcuno dei grossi seni peritemporali.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE DI MODENA.
Direttore prof. R. BALLI.

Determinazione plessica del limite inferiore dello stomaco e controllo radiografico

per il dottor CLEMENTE MARCHESI,
incaricato del servizio radiologico.

Mi sono proposto di delimitare colla percussione ascoltata il limite inferiore dello stomaco e di controllare immediatamente coll'esame radioscopico e radiografico l'esattezza del metodo.

Ai soggetti in esame, sani ed infermi, somministro, al mattino a digiuno, 250 grammi di soluzione gommosa di solfato di bario al 20 %.

Determino il limite inferiore gastrico percotendo, secondo le regole di semeiologia medica, sulle linee classiche, ascoltando collo stetoscopio di caucciù (modello proposto dal professore Vanni) e col fonendoscopio del Bazzi Bianchi.

Esamino il soggetto prima in posizione supina, poi in posizione eretta, leggermente curvo all'innanzi.

Con mastice fisso sottili strisce di piombo in corrispondenza della linea plessica segnata col lapis dermografico ed eseguisco una tele-radioscopia della regione esaminata.

Risultati dell'indagine radioscopica e radiografica. — Le mie ricerche furono eseguite su venti ammalati e su venti sani (uomini e donne) ed ebbi i seguenti risultati che così compendio:

In posizione supina, su letto di abete senza paglierìccio, le spalle sollevate da un cuscinetto alto 10 cm., in riposo muscolare completo, braccia aderenti al torace, respiro tranquillo: il metodo corrisponde approssimativamente negli stomachi ortotonici e lievemente atonici secondo la distinzione fatta da Schlesinger.

Nei soggetti con forte atonia, con gastrectasia o con ptosi la determinazione non fu mai precisa: l'errore in difetto od in eccesso fu spesso di parecchi centimetri.

Nei ragazzi, sempre in posizione supina, il controllo può recare maggiori sorprese.

In un bimbo di otto anni determinai un limite inferiore di sonorità gastrica a due centimetri sopra la linea ombellicale trasversa mentre all'esame radioscopico tutto lo stomaco era raccolto dietro l'ipocondrio sinistro e dietro il fegato.

Le ragioni per le quali non è possibile, specialmente in gastropazienti, determinare in posizione supina il limite inferiore gastrico vanno ricercate:

1° Nel cambiamento di forma dello stomaco che in quella posizione diviene piriforme e sale in alto verso il diaframma.

2° Nella modificazione dei rapporti dello stomaco colla parete addominale, in quanto che il polo inferiore e l'antro, in posizione supina, si allontanano dalla parete addominale stessa, restando in contatto di questa una porzione di area gastrica che può variare a seconda dell'ampiezza delle escursioni diaframmatiche; della quantità e della tensione del gas contenuto; del liquido ingerito o da stasi; ed ancora a seconda della forma peristaltica delle pareti gastriche se il soggetto non è a digiuno.

3° Nella mobilità del colon trasverso, e specialmente del suo estremo lienale che può in posizione supina salire in alto, portarsi medialmente, spostare così lo stomaco a destra, spingerlo in alto verso il diaframma, oppure sovrapporsi al suo polo inferiore.

4° Nelle condizioni di vacuità o di replezione del grosso intestino per quanto riguarda il suo contenuto in gas o in feci.

5° Nelle lievi modificazioni che può subire il tronco nella posizione supina, poichè ho riscontrato che modificando anche leggermente l'inclinazione del tronco sulla tavola orizzontale variano grandemente la mobilità e la discesa dello stomaco.

In posizione eretta il metodo riesce con maggior frequenza che in posizione supina nei soggetti con stomaco ortotonico e lievemente atonico.

Nei gastropazienti con grave dilatazione e forte ptosi, nei quali il polo inferiore gastrico raggiunge talvolta la branca orizzontale del pube, non sono riuscito mai a determinare colla percussione il limite inferiore gastrico ricorrendo a tutti gli accorgimenti di tecnica.

In questi casi, mi accorsi in secondo tempo, riesaminando lo stomaco del soggetto allorquando il pasto opaco del giorno precedente riempiva il grosso intestino, che realmente il colon trasverso e il discendente si oppongono in modo direi assoluto ad una esatta valutazione ed interpretazione delle vibrazioni sonore.

Rammento poi come negli stati di grave gastrectasia, la vescica urinaria, l'utero gravido ed altre condizioni viscerali possono opporre un ostacolo insormontabile alla determinazione plessica del limite inferiore gastrico.

Concludo consigliando sempre l'esame radioscopico col latte opaco, ed in posizione eretta, per determinare il limite inferiore gastrico, poichè, mentre il metodo della percussione stetoscopica e della trasmissione dei toni cardiaci nell'area gastrica (Federici) risponde per il polo superiore ed anche per la regione mediogastrica, non riesce mai nei soggetti gravemente ammalati di stomaco, i quali presentano le più svariate modificazioni di forma, di situazione e di rapporto di questo viscere colla parete e cogli altri organi addominali.

SERVIZI SANITARI.

Come si provvede alla selezione ed alla cura dei militari tubercolosi.

Fino ai primi mesi dell'anno 1916 non esisteva alcuna organizzazione antitubercolare nell'esercito, eccetto l'Istituto climatico di Bergeggi, gestito dalla Croce Rossa, capace di 150 posti-letto.

Il tubercoloso del resto veniva difficilmente riconosciuto per tale nei primi stadi della malattia, quando cioè si può ancora fare opera utile di prevenzione e di cura.

I criteri diagnostici erano, d'altra parte, differentissimi a seconda del medico visitante: i mezzi di esame usati, troppo spesso, erano rudimentali.

Così i malati venivano riconosciuti solo allorchè, giunti agli stadi più gravi della malattia, seminavano attorno a sè miriadi di bacilli di Koch ed erano un fomite continuo e pericoloso d'infezione, e la promiscuità della vita di caserma e di accantonamento rendeva sempre più grave il contagio.

Pronunciata finalmente la riforma, il militare tubercoloso veniva abbandonato a se stesso, poichè pochi giorni bastavano a consumare la tenue gratificazione colla quale lo si congedava.

L'infermo rientrava quindi nella vita civile, nella famiglia, nell'officina, senza che nessuno avesse avuto l'idea di illuminarlo sul modo di combattere il morbo e su come dovesse contenersi per curare se stesso e per preservare dal contagio i suoi parenti ed i suoi compagni di lavoro.

Urgeva quindi provvedere ad una epurazione dell'esercito dall'inquinamento tubercolare, che si era venuto manifestando in seguito alle ultime visite di leva dovute eseguire molto affrettatamente.

Dalle rilevazioni statistiche sulla tubercolosi nell'esercito durante la guerra risultava, infatti, che la cifra dei riformati per tale infermità era inversamente proporzionale al tempo trascorso sotto le armi. In altri termini, mentre appariva assai alta la cifra dei tubercolosi riformati dopo appena qualche me-

se di servizio, restava abbastanza modesta la percentuale dei militari riformati, per la malattia in questione, dopo un lungo periodo di vita militare.

Evidentemente erano stati assunti in servizio sotto le armi tubercolosi che si trovavano in un periodo di latenza o di sosta dei fenomeni attivi della malattia, e che, sottoposti alla vita militare, venivano, per effetto di questa, strappati da quello stato di equilibrio in cui, forse, sarebbero rimasti indefinitamente e presentavano un rapido e patente risveglio delle manifestazioni del morbo.

Bisognava dunque intensificare la severità della selezione degli elementi chiamati a far parte dell'esercito e raddoppiare la sorveglianza sugli elementi sospetti, già stati assunti in servizio.

Inoltre occorreva provvedere affinchè quei soggetti tarati, ai quali la vita militare, cui erano stati incautamente assoggettati, aveva nociuto risvegliando la malattia dormiente, potessero venir sottratti, con adatte cure, nel limite del possibile, al fatale evolversi di essa, e sopratutto non divenissero, abbandonati dopo una rapida riforma, altrettanti focolai di disseminazione del contagio.

A rendere più grave e minaccioso il problema occorreva pensare anche ai numerosi exprigionieri tubercolosi che il nemico andava e va tuttora restituendo.

Si provvide così a far sorgere in ogni Corpo d'armata territoriale degli speciali *reparti di accertamento diagnostico* per le forme incipienti e larvate della malattia, forme troppo spesso misconosciute, che producono, dopo pochi mesi di vita militare, lo scoppio di tubercolosi aperte gravi, letali per il malato e pericolose per la diffusione del contagio.

Dai Consigli di leva, dai Distretti, dai Corpi, gl'infermi, anche lontanamente sospetti, debbono ora affluire a questi reparti, che sono diretti da personale tecnico di specializzata competenza, e dove non manca alcuno dei mezzi più moderni e delicati di diagnosi.

Compito dei reparti di accertamento è quello di assicurare lo stato reale dei presunti infermi.

Le reclute ed i militari, riconosciuti immuni da malattia, vengono rinviati e restituiti al servizio militare, e se si accerta in essi la guarigione sicuramente avvenuta di un pregresso stato morboso specifico, che non abbia leso i polmoni, si utilizzano, invece, nei soli servizi sedentarî; gli ammalati, se semplici iscritti di leva, sono prosciolti da ogni servizio e segnalati all'Autorità sanitaria civile; se già incorporati all'esercito vengono trattenuti, a riforma sospesa, e ricoverati in speciali sanatorî con modalità che vedremo in appresso.

Successivamente iniziatesi, come già accennammo, le pratiche relative allo scambio dei prigionieri tubercolotici coll'Austria, furono istituiti due *centri sanitarii di smistamento*, grandi formazioni sanitarie di prima raccolta dei tubercolosi restituiti dal nemico, dove, su gl'infermi trattenuti per qualche tempo, viene, da apposito reparto specializzato, praticato l'accertamento diagnostico e stabilito il grado della lesione tubercolare.

Dai suddetti centri gl'infermi sono, in secondo tempo, smistati in altre adatte formazioni sanatoriali, con criterio, più che sia possibile, regionale.

Analogamente un altro grande centro di smistamento è stato costituito a tergo della zona di guerra, destinato questo ad accogliere e smistare con gli stessi criteri gl'infermi provenienti dalle truppe mobilitate.

Dai centri di smistamento, come del resto da tutti i reparti di accertamento, funzionanti nei vari Corpi d'armata, gl'infermi vengono distinti in tre categorie.

La prima è quella degli affetti da tubercolosi chiusa (pretubercolosi affetti da sclerosi apicale, ecc.).

La seconda, quella degli affetti da forme conclamate, ma di non grave entità.

La terza, quella delle forme più gravi a decorso rapido (3° stadio).

Agl'infermi nello stadio incipiente della malattia (*pretubercolosi*) si è provveduto con la istituzione di speciali convalescenziari (istituti climatici).

In questi istituti vengono inviati in cura per sei mesi quegl'infermi che non hanno la possibilità di trascorrere in casa propria, curandosi adeguatamente, i sei mesi di licenza che ordinariamente si concedono a questo genere di malati.

Trascorsi comunque i sei mesi, questi soggetti vengono rivisitati presso il reparto di accertamento diagnostico per le definitive decisioni.

Attualmente gl'*istituti climatici per tubercolosi* sono quattro per un complesso di 600 posti:

L'Istituto climatico di Bergeggi (Croce Rossa), posti 200; Fara Sabina (Croce Rossa), 100; Nettuno (Sanità militare), 200; Ferrarotto in Catania (Sanità militare), 100.

Agl'infermi nel secondo stadio della malattia (forme medie) pei quali occorre una vera e propria cura sanatoriale, si provvede con

l'inizio in speciali formazioni sanitarie, che sono state istituite in aperta campagna, oppure in colonia o nei migliori punti delle nostre spiagge marine.

Si è cercato che in ciascun Corpo d'armata sorgessero parecchi di questi istituti, onde gli infermi potessero venir curati il meno lungi possibile dal luogo di residenza delle rispettive famiglie, e ciò onde il desiderio di vedere con una certa frequenza i propri cari fosse appagato, e non ostacolasse il buon esito delle cure.

Così in ogni Corpo d'armata è sorto anzitutto un *ospedale regionale per tubercolosi* ove vengono, da principio, tutti avviati, ed a fianco di questo altre formazioni sanitarie climatiche, per inviarvi a cure speciali quegl'infermi che ne presentino l'indicazione.

Abbiamo così nel Corpo d'armata di Torino: l'ospedale regionale Regina Margherita (Sanità militare), posti 723; l'ospedale climatico di Berzonno (Sanità militare), posti 250.

Nel Corpo d'armata di Alessandria: l'ospedale regionale Cottolengo presso Mondovì (Sanità militare), posti 250; l'ospedale regionale Tappareli presso Saluzzo (Sanità militare), posti 349; l'ospedale regionale Ricovero presso Vigevano (Sanità militare), posti 200.

Nel Corpo d'armata di Milano: l'ospedale regionale delle Prealpi in Viggiù (Sanità Militare), posti 247; il sanatorio di Quasso al Monte (Croce Rossa), posti 150.

Nel Corpo d'armata di Genova: l'ospedale regionale di Nervi, che, data la felice ubicazione, serve anche per la cura climatica marina degl'infermi dei Corpi d'armata di Milano e di Verona (Sanità militare), posti 880; l'ospedale climatico di Loeno (Sanità militare), posti 360; l'ospedale climatico di Cornigliano (Sanità militare), posti 400 (dei quali 100 per prigionieri uastriaci che rifiutino il rimpatrio).

Nel Corpo d'armata di Bologna: l'ospedale regionale di Bertalia (Sanità militare), posti 330.

Nel Corpo d'armata di Firenze: l'ospedale regionale di Careggi (Sanità militare), posti 270; l'ospedale-ospizio di Prato (Sanità militare), posti 150; l'ospedale delle Teresiane (Croce Rossa), posti 170; il sanatorio di villa Zubaloff (Croce Rossa), posti 120; il sanatorio per ufficiali di Villa Ronta presso Striano (Sanità militare), posti 50.

Nel Corpo d'armata di Roma: l'ospedale regionale di Porta Furba (Sanità militare), posti 608; il campo sanitario nella Pineta di Sarsine a Porto d'Anzio (Sanità militare), posti 400.

Nel Corpo d'armata di Napoli: l'ospedale regionale di Portici (Sanità militare), posti 400; il campo sanitario di Villa Santobuono presso Antignano (Sanità militare), posti 350.

Nel Corpo d'armata di Bari: l'ospedale regionale di Santa Rosa in Lecce (Sanità militare), posti 700.

Nel Corpo d'armata di Palermo: l'ospedale regionale di Sieri Pepoli a Trapani (Sanità militare), posti 300; l'ospedale regionale del Buon Pastore a Catania (Croce Rossa), posti 200.

Agl'infermi affetti da forme più gravi a decorso rapido (3° stadio) si è provveduto facendo allestire in ciascun Corpo d'armata un certo numero di posti-letto frazionati in vari ospedali: scopo di tale frazionamento è di prestare a questi morituri le estreme cure più vicine che sia possibile alle proprie famiglie.

L'efficienza totale di questi posti-letto, tutti gestiti dalla Sanità militare, è di 1469, così suddivisi:

Pel Corpo d'armata di Torino, posti-letto 147; Alessandria, 133; Milano, 299; Genova, 105; Bologna, 58; Ancona, 100; Firenze, 95; Roma, 100; Napoli, 107; Bari, 100; Palermo, 185; Divisione militare di Cagliari, posti-letto 40. Occupati 327.

La Croce Rossa ha allestito in alcuni Corpi d'armata dei piccoli ospedali destinati completamente a questi infermi gravissimi:

L'ospedale di San Gaggio in Firenze, posti 50; l'ospedale Bentivoglio in Bologna, posti 80.

Son quindi n. 10,257 posti-letto che dal 1916 in poi sono stati istituiti *ex novo* per i militari tubercolosi.

A questi bisogna aggiungere i posti-letto dei centri sanitari di smistamento di Bergamo (Ospizio Nuovo), posti 900; Roma (Ospedale Tiburtino), posti 3000; Bologna (Ospedale Baraccato), posti 800, che raggiungono complessivamente il numero di 4700, che sommati ai precedenti fanno 14,057.

Come già s'è detto, questi centri hanno la funzione di una prima raccolta ed un successivo smistamento degl'infermi provenienti dalla prigionia e dalla zona di guerra.

Bergamo raccoglie e successivamente smista gl'infermi ex-prigionieri dei primi cinque Corpi d'armata territoriali (Torino, Alessandria, Milano, Genova e Verona).

Roma quelli degli altri sette Corpi d'armata dell'Italia centrale e meridionale.

Bologna concentra e smista invece soltanto i militari infermi di tubercolosi che vengono rimandati dalle armate.

Attualmente, sia da parte della Sanità militare quanto della Croce Rossa, sono in allestimento altri numerosi impianti, che entreranno quanto prima in funzione, onde l'efficienza ospitaliera per tubercolosi finora raggiunta verrà più che raddoppiata.

Tale aumento di efficienza è tanto più necessario, poichè ai militari tubercolotici, per cui, dopo aver soggiornato per un periodo di circa tre mesi nei sanatorî militari, sono espletate le pratiche di riforma, viene concessa facoltà di rimanere ancora, per un adeguato periodo, a curarsi in reparti speciali dei sanatorî stessi.

Infatti il Ministero della guerra in luogo di concedere, come già si usava, una gratificazione pari ad un anno di assegni, è venuto nella determinazione di dare a questi infermi una quota di concorso alla cura (quota assistenziale) tutte le volte che l'ex-militare abbia bisogno del ricovero nel sanatorio, e ciò fino a tre anni dall'avvenuta riforma.

Eguale quota, in favore di ciascuno dei malati, viene versata dal Ministero dell'interno, in modo da completare così una spesa di retta pari a lire 5 per ogni giornata di degenza.

Si è potuto altresì assicurare il modo, durante la permanenza negl'istituti di cura dei riformati per tubercolosi, di corrispondere alle rispettive famiglie un soccorso giornaliero pari a quello che è assegnato ai parenti dei richiamati alle armi.

Trasporto di militari tubercolosi.

A) TRASPORTO DEI TUBERCOLOSI PROVENIENTI DALLA PRIGIONIA.

a) *Viaggio dall'Austria ai centri sanitari di smistamento di Bergamo e di Roma.* — Da che sono state superate tutte le difficoltà di carattere militare, doganale e diplomatico, che si opponevano all'invio in territorio austriaco del treno-ospedale destinato al trasporto dei prigionieri tubercolosi, che l'Austria settimanalmente restituisce, i suddetti infermi vengono caricati a Buch direttamente sopra un treno-ospedale della Croce Rossa, che li trasporta in patria.

A Como, scaricati gli ufficiali — che vi sono trattenuti fino all'arrivo del treno della settimana successiva, per subire il prescritto interrogatorio da parte dell'apposita Commissione — e tutti gl'infermi che per le loro gravi condizioni non danno affidamento di poter compiere un più lungo viaggio, il treno prosegue per Bergamo. Colà vengono ricoverati nel locale centro sanitario di smistamento gl'infermi originarî dei primi 5 Corpi d'armata; e tutti gli altri, dopo essere stati trasbordati su treno attrezzato del R. esercito, proseguono pel centro sanitario di smistamento di Roma, destinato ad accoglierli.

b) *Viaggi dai centri sanitarî di smistamento sui sanatorî militari (ospedali regionali e campi sanitarî climatici).* — Gl'infermi riconosciuti affetti da tubercolosi, in qualsiasi stadio della malattia, sono sgomberati sui sanatorî militari, ed a tale scopo sono adibiti due treni: un treno attrezzato del R. esercito, per i viaggi dal centro sanitario di smistamento di Bergamo sui sanatorî dell'Italia settentrionale, ed un treno-ospedale della Croce Rossa per i viaggi dal centro sanitario di smistamento di Roma sui sanatorî dell'Italia centrale e meridionale, e della Sicilia.

In conclusione, sono 4 per ora i treni impiegati per i suddetti viaggi. Fra breve, non appena sarà possibile intensificare il rimpatrio degl'infermi di cui trattasi, si aggiungeranno altri 2 treni.

B) TRASPORTO DEI TUBERCOLOSI PROVENIENTI DALLA ZONA DI GUERRA.

Il trasporto dei militari tubercolosi dai reparti di accertamento delle armate al centro sanitario di smistamento di Bologna viene effettuato con 7 carrozze a disposizione delle varie armate, di cui 5 di tipo americano di 2ª classe, intercomunicanti, destinate agli ammalati meno gravi, e 2 attrezzate a barelle per i più gravi.

Al trasporto — poi — dei suddetti infermi dal centro sanitario di Bologna ai diversi ospedali speciali del territorio, si provvede mediante altre 4 carrozze a disposizione del Ministero, di cui 2 di tipo americano, come le precedenti, e 2 attrezzate a barelle, se trattasi di piccoli sgomberi; mediante — invece — uno dei due treni sanitari, attrezzato ad ospedale, se trattasi di sgomberi di maggiore importanza.

R. B.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

I sintomi prodromici della forma nervosa di arteriosclerosi.

(H. CLIMENKO. *Medical Record*, 31 agosto 1918).

L'intima relazione esistente fra i sistemi nervoso e cardiovascolare fa sì che ogni cambiamento nell'uno si faccia risentire nell'altro. È assai raro che un paziente con arteriosclerosi non abbia contemporaneamente anche dei sintomi nervosi, mentre, d'altra parte, uno dei segni più importanti nelle malattie nervose è fornito dalle alterazioni di circolazione nelle parti affette, come è dimostrato anche dai disturbi trofici.

L'A. non intende col suo lavoro di enumerare tutti i fenomeni nervosi che possono verificarsi nell'arteriosclerosi, ma solo di richiamare l'attenzione su un complesso di sintomi iniziali nella forma nervosa dell'arteriosclerosi.

Essi si osservano generalmente in soggetti nervosi che hanno raggiunto o di poco oltrepassato la mezza età. Tali sintomi sono del tipo psiconeurotico e consistono in una forma di eccitabilità, ma, a differenza della solita neurastenia, non sono accompagnati da esaurimento. Di solito, tali individui non hanno ossessioni o segni di decadenza mentale: possono attendere bene alle proprie faccende e sono magari anche più svegli di prima. Potrebbero rispondere ai requisiti di Münsterberg per una mente bene organizzata, nella quale l'idea centrale può inibire l'opposta senza pericolo di venire sopraffatta da intrusioni di altre.

I loro sintomi psichici principali sono l'introspezione, il rammarico e l'incertezza. Sembra quasi che l'individuo faccia una specie di bilancio mentale della propria vita: si accorge benissimo de' suoi difetti o di ciò che crede tali, e si affretta a correggerli, facendo cose che sono contrarie alla sua psiche abituale. Quegli che era dapprima timido e riservato diventa ardito ed avventuroso; è in questo stadio della vita che molti intraprendono ogni sorta di speculazioni finanziarie disastrose. Il paziente può anche incominciare col sentirsi a disagio nella sua vita familiare; la moglie ed i figli non sono proprio come dovrebbero essere secondo lui; in casa si accendono quindi improvvisamente delle questioni provocate da cause minime. Il paziente attribuisce tutte queste condizioni a mancanza di preveggenza, a passi erronei nella sua vita; numerosi piani vengono creati nella sua mente, ognuno dei quali viene esaminato accuratamente, salvo a gettarlo via prima ancora di averlo provato. Quando finalmente viene scelto un determinato modo di agire, il paziente lo incomincia, ma ogni passo è accompagnato da incoerenze, sicchè presto egli smette.

Queste incertezze assumono spesso un carattere assurdo. Alcuni pazienti ritornano talora cinque o sei volte dal medico per rivolgergli sempre la stessa domanda, che per loro è importantissima: Quante volte al giorno debbo prendere le medicine? Ed insistono magari per telefono: Prima o dopo i pasti? e la dieta?

A volte interviene la gelosia, ed allora la vita si fa piena di triboli per la consorte; questa forma è stata ben descritta da Dostoyewski: « È una gelosia senza causa nè ragione: è gelosia per la gelosia stessa ».

Con tutto ciò il paziente attende alle sue faccende solite come prima ed anche meglio; dimentica se stesso nel lavoro. Apparentemente questi sintomi ricordano la demenza lacunare, ma ne differiscono in quanto che essi non dimostrano un vero pervertimento mentale.

Ben presto, poi, i pazienti mostrano cambiamenti somatici. Si iniziano disturbi digestivi, come iperacidità; aumenta l'appetito, ma ciò non ostante il peso diminuisce notevolmente. È frequente l'irregolarità delle defecazioni ed è costante ed importante l'insonnia. Palpitazioni cardiache, vampe di calore ed una sensazione di pressione ai precordî sono i principali sintomi vasomotorî. In questo torno di vita il paziente pensa per la prima volta alla morte.

Con la comparsa dei fenomeni somatici il paziente si decide a consultare il medico; quando questi può guadagnare la sua confidenza, la sindrome psichica citata si rivela in un modo o nell'altro.

Gli esami clinici non dimostrano alcuno stigma neuropatico o psicopatico: le prove di laboratorio sono di solito negative. Il sistema cardiovascolare invece mostra dei cambiamenti: vi è invariabilmente un aumento di pressione (150-170 sistolica e 80-90 diastolica); il polso è frequente (100-120 pulsazioni) e spesso con irregolarità di tipo neurotico. Una caratteristica della pressione sanguigna è la sua incostanza, sicchè, fra una visita e l'altra, si osservano notevoli variazioni. L'A. ha fatto in soli due casi l'elettrocardiografia, ponendo la diagnosi di sistole anticipata.

Le mani, malgrado la frequente congestione, sono fredde; vi possono essere delle sensazioni di vampate calde: la dermografia non è costante; la linea bianca di Sergent non è mai stata notata dall'A.

Nell'urina si riscontra spesso un aumento di indacano, altrimenti l'esame è negativo.

I dati anamnestici indicano sempre una vita attiva e laboriosa: questo fatto ed il tabacco

sembrano praticamente i soli fattori eziologici. L'arteriosclerosi provocata dall'alcool, sifilide, intossicazione saturnina, non provoca tali sintomi psichici; forse, se pur vi sono, vengono probabilmente mascherati da una sindrome più grave di degenerazione cerebrale. L'anamnesi familiare mostra nella maggior parte di questi casi una leggera tinta neuropatica.

La prognosi, di solito, è buona: con una cura appropriata ci si può attendere una guarigione relativa. Vi sono però dei casi che passano ad una vera arteriosclerosi cerebrale con la triade classica di cefalea, vertigine, indebolimento di memoria, e con pressione sanguigna permanentemente alta. Occorre ad ogni modo esser molto cauti nel fare una prognosi cattiva in pazienti di mezza età, specialmente se l'analisi dell'urina è negativa.

L'esperienza ha insegnato all'A. di non comunicare ai pazienti la loro pressione alta: ciò evita al medico un eventuale cambiamento di prognosi ed al paziente delle ansie inutili. D'altra parte, prima di emettere una prognosi favorevole si devono accuratamente escludere l'alcool, la sifilide e la nefrite.

Il trattamento di questi casi è più un'arte che una scienza; non v'è una medicina od una serie di medicamenti da raccomandare. Prima di discutere ciò che si deve fare è opportuno tener ben presente quello che non va fatto, e cioè: 1° Non distrarre i pazienti dalle loro occupazioni, nè mandarli in campagna per riposare; essi continuerebbero a rimuginare sulla loro condizione e ritornerebbero peggiorati. 2° Evitare di toglier loro di punto in bianco le vecchie abitudini; non proibire, p. e., subito assolutamente il tabacco, ma solo moderarne l'uso. In un caso dell'A. alla proibizione del tabacco, seguì un'insonnia tanto ostinata, che il paziente era sull'orlo del suicidio; la concessione di un po' di tabacco bastò per migliorarne i sintomi.

È certo consigliabile moderare il lavoro, ma la cura per eccellenza consiste nella psicoterapia, ciò che non significa necessariamente la psicoanalisi. Non v'è bisogno di un sistema speciale di psicoterapia; l'importante è che il paziente guadagni il controllo psichico, o meglio morale. Con individui intelligenti il metodo argomentativo o ragionante è il più efficace. In questo come in altri casi una attitudine schiettamente basata sul senso comune ed accompagnata da un sincero interessamento per il benessere del paziente farà guadagnare terreno. Una conversazione pacata farà veder loro che l'irritazione è irragionevole: spesso si vede magari diminuire di 15-20 punti la pressione sanguigna in seguito ad una simile conversazione. Non si deve mai strappare insidiosamente la confessione a questi pazienti; essi racconteranno i loro più intimi segreti quando riconosceranno l'atteggiamento di simpatia da parte del medico.

Si tratta spesso di individui che all'infuori del loro assiduo lavoro non conoscono quasi nulla della vita: il riposo in forma di nuove occupazioni che li interessino, come la musica, i trattenimenti di società, o brevi viaggi, sono spesso consigliabili.

Con pazienti ostinati o meno intelligenti si userà la suggestione sotto altra forma. Utile può essere l'elettricità, della quale ora è di moda l'alta frequenza. Anche le onde statiche, date ogni due giorni, sono una buona terapia suggestiva; è certo che la pressione sanguigna si abbassa dopo un trattamento di mezz'ora. Il paziente sta sdraiato in una comoda poltrona, ascolta il ronzio calmante della macchina e sta attento al bel colore blu delle scintille elettriche: l'A. ha avuto in parecchi casi dei buoni risultati, che sono però stati ottenuti anche col riposo e con una conversazione tranquilla e piacevole. Spesso è vantaggiosa la forma di riposo di Maloney, accompagnata da una buona dose di suggestione.

Le medicine si useranno solo per combattere i sintomi: fra questi principale l'insonnia, contro la quale l'A. ha trovato assai giovevoli i bromuri. L'organoterapia, per quanto attraente, va usata con molta cautela; solo la tiroide trova delle indicazioni razionali, però essa provoca agitazione e di solito un aumento dei sintomi. Nelle donne, se vi sono disturbi mestruali, l'estratto ovarico darà buoni risultati.

La dieta sarà quella solita degli arteriosclerotici, ma meno rigida; si potranno permettere uova, latte e carni bianche.

Sorge poi la questione se può trattarsi di una forma involutiva di psiconeurosi; probabilmente essa è un tipo di involuzione, dovuto a un disturbo vasomotore, che assume la forma di arteriosclerosi.

Un'altra obiezione può farsi sui cambiamenti che subiscono le arterie in questi pazienti; a tal proposito l'A. cita la parola di Mackenzie: « I nostri attuali metodi di investigazione ci permettono di riconoscere le malattie organiche soltanto quando sono pienamente stabiliti dei cambiamenti di struttura. Noi non abbiamo alcun modo di determinare una malattia durante la sua formazione; in tale stadio l'unica conoscenza che si può averne consiste nei così detti sintomi subbiettivi ».

Se a queste considerazioni noi aggiungiamo il fatto dei mutamenti funzionali della pressione sanguigna, a cui si è accennato precedentemente, si può inferirne che trattasi probabilmente di uno stadio presclerotico delle arterie.

FILIPPINI.

Paralisi generale, sifilide nervosa e liquido cerebro-spinale.

Se la paralisi progressiva, nel periodo che potremmo dire di stato, non è equivocabile, la sua diagnosi negli stadi precoci sovente ha tratto in inganno anche neurologi sperimentati.

Eppure vi è un dato serologico che, se non negletto, può evitare l'errore diagnostico: e cioè la reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano, la quale, se negativa, basta da sola a far escludere l'ipotesi di paralisi generale.

Sul liquido cefalo-rachidiano si possono eseguire tre ricerche: esame della linfocitosi, dosaggio dell'albumina, reazione di Wassermann. Generalmente questi tre dati vanno d'accordo: ma qualche volta le iper-cito-albuminosi del liquido rachidiano possono rimanere per lungo periodo come reperto isolato: mentre ciò accade difficilmente per la reazione di Wassermann. E mentre la linfocitosi e la iperalbuminosi rachidiane, separatamente od insieme, possono trovarsi nel liquido cefalo-rachidiano all'infuori di ogni minimo segno clinico di sifilide nervosa centrale, la reazione di Wassermann positiva nel liquido spinale si accompagna sempre con segni più o meno evidenti della serie neurologica o psichica (cefalea, vertigini, rachialgie, dolori degli arti nella sifilide secondaria; radicoliti, tabe, paralisi progressiva nella sifilide terziaria).

Sicchè ogni Wassermann positiva nel liquido cefalo-rachidiano implica l'esistenza di una sifilide nervosa: sifilide meningo-midollare, sifilide meningo-cerebrale, associazione di entrambe ed infine paralisi generale.

Ed è questo il concetto informatore di un recente studio riassuntivo di Sicard e Roger (*Presse méd.*, n. 50, settembre 1918).

Prima che Noguchi vi trovasse la spirocheta, la tabe e la paralisi progressiva venivano classificate come malattie parasifilitiche. Però nei confronti del liquido cefalo-rachidiano e della terapia specifica queste malattie, secondo Sicard e Roger, vanno fra loro distinte. Mentre nei tabetici, anche all'infuori di qualsiasi cura specifica, la Wassermann può trovarsi negativa, nei paralitici progressivi è *sempre* positiva.

Per di più, mentre molte forme di tabe, sotto un trattamento intensivo, mercuriale ed arsenicale, se non si può dire che guariscano, per lo meno si arrestano e si cristallizzano (e la reazione di Wassermann da positiva può anche divenire negativa), la paralisi progressiva, quand'anche rallenti la sua marcia, non viene mai influenzata dalla cura specifica, e la reazione di Wassermann nel liquido spinale dei paralitici rimane *costantemente* e *irriducibilmente positiva*.

Sotto questo angolo di luce, tabe e demenza paralitica sono dunque ben diverse: l'una è una sifilide meningo-midollare curabile, l'altra una sifilide meningo-cerebrale con particolarità sue proprie, che sfugge ad ogni trattamento curativo.

A che cosa attribuire questa resistenza, alla spirocheta o alla barriera meningea? Pensando alla spirocheta bisognerebbe ammettere che essa invada in maniera particolare il parenchima cerebrale (intracellulare?), o si circondi di una sostanza protettrice isolante, come si suppone per il bacillo di Koch; invocando la barriera meningea, la spiegazione è ancora meno chiara, perchè le volgari meningiti luetiche sono giustiziabili dal trattamento antisifilitico corrente.

Emerge subito il significato che può assumere il controllo del liquido cefalo-rachidiano nei sifilitici e la necessità di non trascurarlo.

La puntura lombare nei casi di sifilide secondaria, mancanti di ogni segno neurologico, può non essere sempre e da tutti approvata; infatti essa viola la cavità spinale e può insemenzare, rompendo le naturali barriere, la spirocheta nel liquido rachidiano.

Diversamente stanno le cose nei sifilitici terziari, nei quali la virulenza del sangue — poichè è questo che l'ago porterebbe ad infettare lo speco — è dubbia o negata. Quindi in essi la puntura lombare non può essere condannata anche se fatta all'infuori di ogni segno psico-neurologico. Però, se l'esame del liquido spinale è in questi casi obbligatorio quando esistono detti segni, in loro assenza, se pure innocua è la pratica, può non essere necessaria. Poichè il suo scopo sarebbe allora puramente preventivo, ciò che è revocabile in dubbio possa essere. Infatti nessuno ha fino ad oggi dimostrato che con le analisi del liquido cefalo-rachidiano all'infuori di ogni sintoma clinico di lesioni nervose, si possa prevedere la insorgenza di esse. È logico certo supporre che la spirocheta prima si localizzi nei centri nervosi e poi dia quelle modificazioni che noi conosciamo come iperlinfocitosi, iperalbuminosi e formazione degli anticorpi svelati dalla Wassermann; ma non è dimostrato.

Come pure non sappiamo quale di queste tre reazioni sia la prima a comparire: dagli esami ripetuti nelle forme leggere evolutive parrebbe che la prima a comparire è l'iperalbuminosi, segue la linfocitosi e quindi compare la Wassermann positiva.

Comunque, se a scopo di diagnosi preventiva non sempre può ordinarsi la puntura lombare, essa è obbligatoria come accertamento

e come guida quando esistono i segni di una localizzazione sifilitica nei centri nervosi.

Nella paralisi progressiva se le modificazioni del tasso d'albumina e la linfocitosi del liquido cefalo-rachidiano sono un criterio di presunzione, la reazione di Wassermann positiva è un criterio di certezza che non può nè deve mancare, sotto pena di dover escludere la diagnosi di paralisi generale. Inversamente gli AA. concludono che un soggetto che non presenti altri segni clinici, all'infuori di una modificazione del carattere, ed abbia una W. R. positiva nel liquido spinale, deve essere ritenuto un paralitico progressivo: eccezione unica a questa regola sarebbero alcune lesioni gommose cerebro-frontali sifilitiche, che possono accompagnarsi con disturbi psichici e W. R. cefalo-rachidiana positiva.

Si è cercato di affrancare i paralitici progressivi dal loro triste privilegio di resistere ad ogni cura specifica e mantenere irriducibilmente positiva la Wassermann del loro liquido spinale.

E le vie tentate sono state diverse.

Dopo aver invano saggiate le iniezioni intrarachidee di sali mercuriali, si è ricorso allo espediente di portare direttamente sotto l'aracnoide cerebrale, mediante trapano-puntura, sali mercuriali (1 a 3 decimilligrammi di cianuro di Hg) o arsenicali (3-5 mmgr. di neosalvarsan): ma le dosi sono dovute rimanere troppo deboli, per evitare pericolose reazioni cerebrali o spinali, e quindi insufficienti.

Partendo dal concetto che una meninge modificata da stimoli inoffensivi avrebbe potuto più facilmente far passare al parenchima nervoso ammalato i medicamenti necessari, furono iniettati sali di Hg e As in individui, nei quali l'equilibrio meningeo spinale era stato precedentemente turbato da iniezioni di cloruro sodico e di siero di cavallo. Sempre per aumentare la permeabilità meningea ai rimedi, fu anche tentato di asciugare la cavità aracnoidea con la sottrazione di 110-130 cmc. di liquido cefalo-rachidiano mediante un ago da puntura lombare infisso per 1-2 ore, ed iniettando poscia nelle vene gr. 1.50 di novarsenobenzolo. Risultò che con questi mezzi si riusciva ad aumentare la permeabilità meningea all'arsenico; ma i risultati terapeutici furono nulli.

Successivamente Sicard e Roger tentarono, sempre nei paralitici, il trattamento intensivo con gr. 0.30 di novarsenobenzolo *pro die* per via endovenosa, fino ad una dose totale di 20-25 gr. in 2-3 mesi; si manifestò l'intossicazione arsenicale (cheratodermia, eritema esfoliativo, caduta dei peli, neurite arsenicale), ma, all'infuori di un leggero miglioramento generale, nessun segno di guarigione clinica e nessuna modificazione della Wassermann rachidiana. Nè maggiore efficacia addimostrarono iniezioni massive di 1.50-1.80 gr. di novarsenobenzolo ripetute settimanalmente; soltanto esse dettero un'altra forma di avvelenamento arsenicale, intossicando i visceri interni più che la pelle o i nervi.

Un più complesso tentativo da ricordare è quello della cloronarcosi, durante la quale, dopo aver turbato l'equilibrio meningeo con una iniezione intrarachidea di siero di cavallo o fisiologica, si iniettarono nelle vene gr. 1.50 di novarsenobenzolo, ripetendo il trattamento ogni settimana, per 2 mesi. Si sperava così, mediante la narcosi, di modificare il citoplasma nervoso e la spirocheta e renderli più attaccabili dall'arsenico: ma le speranze andarono ancora una volta fallite.

Infine parimenti infruttuose sono riuscite le iniezioni di arsenico direttamente nella carotide interna, collo scopo di meglio impregnare col rimedio i centri nervosi, le autoiniezioni sottocutanee col proprio liquido cefalo-rachidiano, le iniezioni di nucleinato di sodio e quelle di tubercolina.

Oggi adunque la cura clinica ed umorale dei paralitici progressivi dev'essere ancora trovata.

G. SABATINI.

CHIRURGIA.

Traumatismi dell'addome.

(JOHN B. DEAVER. *Annals of Surgery*, settembre 1918).

La chirurgia traumatica ha avuto un enorme impulso nella guerra attuale; ciò vale anche per ciò che si riferisce ai traumi addominali. Nei primi mesi della guerra l'astensionismo era la regola nelle ferite dell'addome; col tempo, dato il perfezionamento dei servizi chirurgici e d'assistenza e la possibilità di potere operare gli addominali dopo poche ore dal ferimento, i criteri d'intervento si sono imposti.

Mentre l'operazione è adesso considerata l'unica via di salvezza nei feriti dell'addome, esistono tuttavia alcuni casi in cui il trattamento d'attesa sembra giustificato: tali sono le cosidette ferite contornanti (*contour wounds*), quelle in cui il proiettile non è penetrato in cavità, o non ha prodotto lesioni viscerali, o ha ferito solo organi parenchimatosi (fegato, milza, rene) senza causare emorragie troppo gravi; e finalmente alcune piccole ferite del colon ascendente o discendente.

Di solito però ferita addominale significa incisione o laparotomia esplorativa, ricerca delle perforazioni e trattamento adatto; l'assioma è: operare, operare presto, quanto più è possibile vicino alla linea del fuoco, e nel modo il più completo. Lo *shock* non sempre controindica l'intervento, specie se è favorito da emorragia profusa o da notevole versamento del contenuto intestinale. Studi interessanti sono stati fatti sullo *shock* e sull'emorragia, e sul modo di poter differenziare queste due condizioni. L'A. crede che, nel caso degli addominali, manchino spesso il tempo e i mezzi per arrivare a delle conclusioni che dieno affidamento.

Per la diagnosi di lesione addominale il criterio del dolore non è dei più importanti, e spesso non ha rapporto con l'estensione delle lesioni. Assai più importanti sono: i caratteri del polso e la rigidità delle pareti addominali; in lesioni molto gravi dell'intestino, specie del tenue, la difesa può essere scarsa o mancare. Il vomito è un sintomo incostante; lo stesso dicasi dell'ematemesi e della melena, che possono mancare, pure esistendo lesioni viscerali. La sede della ferita non ha importanza decisiva per la diagnosi di penetrazione o meno; abbastanza frequenti sono le lesioni viscerali causate da proiettili penetrati dal torace o dalle natiche o anche dalle cosce. Se esistono un forame di ingresso e uno di egresso la diagnosi di penetrazione diviene assai più facile; lo studio del probabile decorso del proiettile ha reso grandi servigi per la diagnosi e per l'esplorazione dei visceri lesi.

Non bisogna dimenticare che le lesioni addominali rappresentano casi di chirurgia d'urgenza, sotto ogni punto di vista, e permettono solo una relativa preparazione del paziente. Utile è un'iniezione ipodermica di morfina-atropina ½-1 ora prima dell'inizio dell'anestesia, di solito eterea; utili risultati sono stati ottenuti con iniezioni intravenose preoperatorie di bicarbonato di sodio, che riduce l'acidosi sempre presente, e la concentrazione e la viscosità del sangue.

L'incisione dipende dal criterio del chirurgo e dalla probabile sede della lesione; essa in ogni caso deve essere abbastanza ampia da permettere un'esplorazione facile e rapida; l'esplorazione coi raggi X, nei casi di ritenzione di proiettile, ha grande valore.

Le opinioni dei chirurgi differiscono sull'importanza del drenaggio pelvico o iliaco; in ogni caso è bene ricordare che il peritoneo si difende meglio all'infuori della presenza di corpi estranei.

Pochi usano il lavaggio del cavo addominale; l'etere è stato quasi abbandonato; migliori risultati sono stati ottenuti con siero fisiologico caldo.

Il tenue è l'organo più spesso ferito nelle lesioni addominali di guerra; spesso le lesioni sono multiple, con eversione della mucosa, dovuta a contrazione delle fibre longitudinali. La sutura delle perforazioni è il metodo di scelta; la resezione è riservata alle perforazioni multiple ravvicinate; finora non sono stati dimostrati casi di guarigioni spontanee di ferite del tenue. (*In verità nella letteratura ne sono citati alcuni rari esempi.* N. d. R.).

Le ferite del colon mostrano maggiore tendenza a fatti settici e necrotici locali; sono spesso extraperitoneali. Se la ferita è estesa, è indicata una colotomia dal lato della lesione; altrimenti la sutura rinforzata da un trapianto di omento. La sutura combinata con la colotomia prossimale non ha trovato estesa applicazione.

Ferite dello stomaco sono spesso unite a lesioni di altri organi addominali e del torace; le perforazioni della parete posteriore non raramente sfuggono a un'osservazione non molto accurata. Il metodo di cura è di solito la sutura semplice delle ferite; una gastro-enterostomia può essere aggiunta in casi di lesioni molto estese, o quando l'antro o il duodeno sono interessati.

Le ferite del retto, se extraperitoneali, sono trattate col drenaggio, dopo sbrigliamento del tramite; se intraperitoneali, con la sutura, seguita in certi casi dalla colotomia sul colon trasverso.

Le ferite extraperitoneali della vescica possono essere curate col cateterismo a permanenza o con la sezione perineale; le endoperitoneali richiedono un intervento immediato.

Le ferite del fegato richiedono l'intervento quando l'emorragia è molto grave; quelle della milza sono di solito trattate con la splenectomia. La prognosi delle ferite del pancreas è grave per la concomitante emorragia, che di per sè reclama l'intervento; esso consiste nella sutura della ferita, se ciò è possibile, o nel tamponamento con incisione di drenaggio lombare.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

La lingua nella scarlattina.

La diagnosi della scarlattina più che sulla eruzione cutanea spesso si basa sullo stato delle fauci e della lingua. La lingua durante il corso della malattia subisce delle modificazioni caratteristiche, quasi patognomoniche. È ben nota la così detta «lingua a lampone» degli scarlattinosi, ma anche prima che questa si manifesti, la lingua assume caratteri speciali che permettono di fare la diagnosi. Nel primo giorno la lingua si presenta divisa in due parti: centralmente è bianca, poltacea, mentre ai bordi ed alla punta è rosso vivo. Al secondo, terzo o quarto giorno a poco a poco la estensione della superficie bianca diminuisce, si ritira verso il fondo della bocca, mentre l'orlo rosso, congestivo, guadagna terreno e si espande. La lingua allora presenta due V, l'uno rosso che circoscrive l'altro, bianco. La desquamazione procede ancora verso il sesto e settimo giorno: allora la lingua diventa tutta rossa, infiammata, scarlatta: si ha la «lingua a lampone» dovuta alla depitelizzazione che mette a nudo le papille. Questo stato dura due o tre giorni (l'ottavo ed il nono), poi le papille sporgenti cominciano ad essere meno nette, gli spazii desquamati tra esse si colmano perchè la desquamazione è terminata e la proliferazione epiteliale ritorna normale. Verso il decimo giorno la lingua tende a divenire liscia, verniciata, in seguito alla scomparsa delle sporgenze papillari. Poco a poco verso il dodicesimo giorno la tinta scarlatta si attenua e la lingua riprende il suo aspetto normale al quindicesimo giorno.

La lingua dell'imbarazzo gastrico si distingue da quella scarlattinosa perchè è larga, pallida, anemica, e ricoperta di una patina spessa, bianco-giallastra; non c'è congestione sottostante e manca la bordatura rosso-vivo.

La lingua della rosolia è uniformemente rosa, ricoperta di una leggera patina bianchiccia e non subisce modificazioni nel corso della malattia.

La lingua dell'influenza è semplicemente saburrale, biancastra o di un bianco azzurrognolo con riflessi simili a quelli della porcellana, una tinta che ricorda quella delle placche mucose bucco-faringee.

Anche la lingua tifica è bianca al centro e rossa ai bordi, ma a differenza di quella scarlattinosa è secca, dura, cornea (lingua da pappagallo). Del resto nel tifo, come in altre infezioni acute, lo stato della lingua non subisce modificazioni nel corso della malattia, essa rimane sempre la medesima. Nella scarlattina invece, e questo è uno dei criteri differenziali più caratteristici, la lingua subisce variazioni secondo un ciclo determinato e presso che costante. DR.

CASISTICA.

La morte per paralisi cardiaca nella difterite.

La morte per paralisi cardiaca, precoce e tardiva, è un accidente non molto raro nel decorso di molte malattie infettive, fra le quali primeggia la difterite.

Il Romberg ha dedicato a questa eventualità nel decorso della difterite uno studio, che viene riportato anche nel *Morgagni* (n. 16, giugno 1918). Egli ed i suoi allievi hanno dimostrato che i disturbi circolatorî nel decorso delle infezioni dipendono da due fattori, fra loro indipendenti: le lesioni dirette del cuore e le paralisi dei nervi vasomotorî. Nella difterite prevalgono le alterazioni cardiache. Esse sono rappresentate da lesioni del parenchima, sotto forma di degenerazione grassa a piccòle gocce (quella a grandi gocce ha meno importanza), degenerazione cerea, degenerazione salina insieme con fatti interstiziali proliferativi, probabilmente di natura secondaria ai primi, e infiltrazioni parvicellulari, con abbondanti eosinofili il cui significato non pare di eccessivo valore.

Per spiegare meglio la morte, che non troverebbe sufficiente appoggio nelle lesioni anatomo-patologiche del miocardio, molti autori hanno rivolto la loro attenzione al fascio atrioventricolare ed all'intiero sistema di conduzione dello stimolo; ma i risultati, benchè discordi, permetterebbero di affermare che le lesioni anatomiche finora dimostrate, se possono spiegare il rallentamento della conducibilità dello stimolo (con le manifestazioni cliniche di bradicardia, dissociazione atrioventricolare e blocco del cuore) non giustificano la morte dei difterici.

Il Romberg riassume a questo riguardo i casi finora studiati e pubblicati, per concludere che conviene ritenere che la morte per paralisi cardiaca nei difterici dipende nel maggior numero dei casi da lesioni del miocardio; solo in alcuni casi si hanno disturbi delle conduzioni non tipici nè costanti, che si sommano al quadro della miocardite, spesso modificandola in modo decisivo.

La parte che nelle turbe circolatorie dei difterici spetta poi ai vasi ha acquistato nuova

luce dopo le ricerche anatomo-patologiche e sperimentali circa l'azione della tossina difterica sul sistema cromaffine.

Roux e Yersin hanno dimostrato che nella difterite sperimentale le capsule surrenali si congestionano; e quando la malattia si prolunga gli estratti surrenali perdono ogni proprietà di pressori (Langlois). Abramow avendo dimostrato che piccole dosi di tossina difterica esaltano la secrezione di adrenalina e alte dosi la esauriscono, cerca così di spiegare la morte per paralisi cardiaca nei difterici.

L'ipofisi presenta analoghe lesioni e simile comportamento: essa si esaurirebbe nell'eccessivo lavoro di vicariamento delle surrenali messe fuori d'uso, aggravando il quadro clinico (Abramow).

Da queste premesse cliniche, anatomo-patologiche e sperimentali, oltre che un criterio patogenetico, è scaturito un corollario terapeutico: l'opoterapia surrenale, con somministrazione di adrenalina.

Per questo scopo servono poco la via orale, poichè gran parte del rimedio si perde, trasformato, nell'intestino, e la via endovenosa, per la sua troppo brusca azione. La via sottocutanea è la preferibile; ricordandosi però che anche battendo questa strada solo il 6 % del rimedio è utilizzato. Bisogna perciò ricorrere a dosi alte (½-1 mmg. nella soluzione al millesimo ogni 1-2 ore); l'effetto è abbastanza duraturo e senza inconvenienti.

Roehmer ha consigliato l'associazione della piluitrina (0.5 cmc. di soluz. d'adrenalina e 0.2 di soluz. di pituitrina). L'effetto si prolunga per 6-7 ore; non è deciso se in questo caso la pituitrina (0.5 cmc. di soluz. d'adrenalina e dosi coll'adrenalina, o sensibilizza gli elementi sui quali quest'ultima estrinseca normalmente la sua azione.

G. SABATINI.

TERAPIA.

La cura del patereccio.

Il patereccio è l'infiammazione *acuta* di tutte le parti che compongono il dito. Esso va diviso come segue:

- Superficiale
  - linfangioitico
  - erisipelacco
    - flittenoide o vescicoloso
    - giradito, periungueale, sottoungueale
  - antracoide o favo del dito
- Sottocutaneo (Flemmone circoscritto superficiale del dito)
- Profondo
  - tendineo
  - periosteo
  - osseo
  - articolare

Nel caso di patereccio superficiale (G. Bernabeo, *La medicina pratica*, 31 ottobre 1918) dopo avere ben sgrassato il dito e la mano con benzina e poi lavato con alcool denaturato, si spennellano le parti con la seguente soluzione: alcool rettificato gr. 100; jodio metallico gr. 10; mentolo gr. 2½; canfora gr. 5. Si ricopre il dito e la mano con garza sterile asciutta e con cotone, applicando poi la stecca palmare, condizione *sine qua non* per una buona guarigione. Ogni 24 ore si rinnova la stessa medicatura. In tal modo le forme linfangioitica ed erisipelacea salvo negli albuminurici e diabetici) guariscono in 5-6 giorni, senza bisogno di bisturì.

Nel caso di patereccio antracoide o sottocutaneo si pratica ugualmente; se poi si stabilisce la suppurazione, non si deve aver fretta a fare l'incisione, aspettando che la suppurazione si stabilisca e si circoscriva bene, e continuando le stesse medicazioni. Nella forma antracoide si farà una leggera incisione a croce, e si ripeteranno le spennellature con la soluzione jodo-mentolo-canforata, *senza mai premere*, fino a che il *cencio* esca da sè.

Anche in quello sottocutaneo, fatta l'incisione (parallela all'asse del dito), non si deve mai premere nè zaffare, ripulendo solo leggermente con garza secca, spennellando con la solita soluzione e medicando ogni 24 ore.

Nel patereccio tendineo, dopo avere sgrassato e spennellato la parte, si pratica *subito* un'incisione a strati fino alla guaina tendinea; spennellatura, medicatura a secco ogni 24 ore. Se la ferita non si chiude entro 8-10 giorni, ciò significa che profondamente si trova un pezzo di tendine necrotizzato. Se poi, trattandosi del 1° e 5° dito, il processo si è diffuso al di sopra della regione palmare del pugno, si fa una seconda incisione al di sopra del pugno stesso, al 3° inferiore dell'avambraccio, dal lato dove trovasi il maggior gonfiore. Le due incisioni si fanno comunicare per mezzo di uno zaffo di garza sterile secca. Quando rimanga, come conseguenza, la rigidità permanente del dito, si tratterà, secondo le circostanze, di conservarlo o di asportarlo.

Nel patereccio periosteo, ed in quello osseo, dopo 2-3 medicature, se il processo non si mitiga, si pratica un'incisione alla falange malata *fino all'osso;* se dopo 15-20 giorni la ferita non si chiude, vuol dire che la falange è necrosata ed occorre allora estrarre il sequestro.

Nel patereccio articolare occorre fin dal primo giorno un'incisione ampia e profonda che sbrigli bene (parallelamente all'asse del dito, lato dorsale) ed una resezione dei capi ossei falangei.

In complesso l'importante nella cura del patereccio è l'immobilizzazione assoluta ed una chirurgia piuttosto aspettante e parsimoniosa.

ini.

VARIA.

Gli effetti biologici delle emanazioni di radio.

Ben poco è conosciuto sugli effetti biologici che esercitano le emanazioni di radio, ciò che sarebbe invece assai importante, poichè ogni azione fisiologica, patologica, terapeutica si riduce all'azione sul protoplasma.

Non va anzitutto trascurata la natura delle stesse radiazioni: così, p. e., i raggi α, che sono i più attivi dal punto di vista chimico, sono invece di interesse biologico secondario; i raggi β non sono assorbiti molto prontamente, e d'altra parte sono meno attivi dal punto di vista chimico; i raggi γ sono molto simili a quelli così detti duri della röntgenterapia. È probabile però che tutti questi raggi differiscano più nel grado di intensità che nel modo di azione.

L'accordo degli autori è ben lungi dall'essere completo per quanto riguarda il meccanismo d'azione. Secondo alcuni, le emanazioni di radio decompongono la lecitina delle cellule; secondo altri, esse agiscono principalmente sulla cromatina: secondo altri ancora, esse stimolano maggiormente gli enzimi litici che quelli sintetici, donde si ha una degenerazione delle proteine ed un'azione indiretta sulla cromatina.

Nelle forme inferiori della vita (uovo di echinodermi, protozoi, batterî) l'azione varia: alcune cellule vengono uccise rapidamente, altre invece, come i batterî ed alcuni protozoi, resistono a lungo; in alcuni viene affetta la cromatina, in altri il protoplasma. Può darsi che la resistenza sia dovuta alla presenza di sostanze che assorbono i raggi; di quale natura siano tali sostanze è tuttora ignoto.

È quindi ancora aperto il campo delle investigazioni che potranno in ultima analisi avere interesse pratico permettendo di giungere ad una terapia razionale. I. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Internationals Clinics. Conferenze ed articoli originali a pubblicazione trimestrale. Serie 28ª, Vol. I, 1918. Un vol. in-8° di 300 pagine, con molte figure e tavole. — J. B. Lippincott Company, ed. Londra e Philadelphia.

Questo volume contiene, oltre a resoconti di casi interessanti, occorsi in diverse cliniche, degli articoli speciali su svariati argomenti di medicina, di chirurgia, di igiene. Citiamo fra essi le manifestazioni cliniche delle malattie articolari, l'ernia polmonare, le condizioni patologiche delle unghie, la mente del criminale, diversi argomenti di chirurgia di guerra. Chiude il volume una rivista dei lavori di medicina e chirurgia del 1917, che comprende un centinaio di pagine, in cui non sono trascurati i lavori italiani. FIL.

VENTURI ANTONIO. *Lezioni di ostetricia per le levatrici.* Un vol. in-8° di pag. 207 con 74 figure. — Licinio Cappelli, ed., Bologna. Prezzo L. 4.

La necessità di buoni manuali d'insegnamento per le levatrici è generalmente sentita; tenuto conto dell'istruzione deficiente di queste, non è certo consigliabile il dar loro subito nelle mani un trattato, che pure avendo il merito di essere completo, sarebbe troppo difficile per un primo studio.

Le lezioni che l'A. impartisce in questo libro alle levatrici rappresentano evidentemente l'insegnamento che egli tiene alla Scuola ostetrica di Urbino. Chiare, semplici, ordinate, esse possono sostituire bene gli appunti, e sono quindi utili per seguire con profitto il corso, oltre a servire in seguito come guida nella pratica corrente. I. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La smobilitazione sanitaria.

Alcune quistioni per la loro complessità, per la loro gravità, si impongono al rispetto di tutti, un rispetto che è anche la espressione di un intimo senso di incapacità ad affrontarle ed a risolverle. La smobilitazione dell'esercito, che in quattro anni di guerra si è andato continuamente rinvigorendo, è certamente uno di quei problemi che, come disse un ministro, fa tremare le vene ed i polsi. Si sarebbe potuto attendere che, col cessare delle ostilità, da ogni parte si fosse fatto pressione per sollecitare un provvedimento che per tanti anni dalla grande maggioranza era con ansia desiderato. Eppure ad un mese e mezzo di distanza dalla data fatidica dell'armistizio nessuna impazienza si è manifestata, nessuna voce, tranne quella di qualcuno, ma senza accento di sincerità e di convinzione, nessuna voce ha reclamato che i cittadini fossero con sollecitudine rinviati alle loro case.

Gli è che tutti sentono la complessa gravità di questo fenomeno, che secondo il desiderio di tutti deve senza scosse e senza danni ricostituire il paese in tutti i suoi elementi. Per effetto della mobilitazione generale e delle successive chiamate alle armi il paese ha subìto un abbondante salasso, ed ha reagito mettendo in valore per il lavoro proficuo elementi prima improduttivi. Così la sanguificazione si è andata ristabilendo, adattandosi anzi alle cresciute esigenze della guerra. In questo organismo, nel quale l'equilibrio funzionale si è ricostituito più o meno adeguatamente, non si può senza pericoli di gravi perturbamenti reiniettare improvvisamente tutta quella quantità di sangue che una volta era già più che sufficiente a tutti i bisogni.

Tali considerazioni giustificano ogni eventuale ritardo. La smobilitazione deve essere fatta con criteri larghi e con ponderazione, conciliando entro i limiti del possibile con le necessità statali le giuste esigenze di coloro che per anni ed anni hanno dato il fiore della loro giovinezza.

Tutto ciò però non esclude, anzi consente, che ad ogni categoria di cittadini in rapporto alla propria posizione ed alle proprie capacità lavorative o professionali sia fatto un trattamento particolare.

Lo Stato nel procedere al licenziamento dei proprî soldati deve tener conto di tre elementi: le necessità del paese, l'economia statale, gli interessi delle singole classi e degli individui.

Se si prendono come base di esame questi elementi, che per la loro importanza nei confronti della collettività hanno un valore gradualmente decrescente, si può constatare che per la classe medica più che per qualsiasi altra categoria di cittadini si possono benissimo armonizzare.

Non è dubbio che con la conclusione dell'armistizio il lavoro dei medici in zona di guerra per ovvie ragioni è notevolmente ridotto. Non c'è al mondo chi crede possibile una ripresa delle ostilità. La presenza quindi di migliaia di medici presso l'esercito mobilitato ora non è più necessaria. Nè a questa diminuzione del lavoro nel territorio così detto di guerra corrisponde un aumento del lavoro per i servizi territoriali. Può momentaneamente esservi necessità di medici per le provincie liberate e per le redente, per il servizio dei prigionieri austriaci e per i nostri che rimpatriano.

Viceversa nell'ultimo periodo della guerra le esigenze sanitarie della popolazione civile sono improvvisamente accresciute. E queste necessità permangono tuttora benchè in minore misura. Non facciamoci l'illusione che la pandemia influenzale sia cessata o sia per cessare: le riaccensioni verificatesi in altri paesi ci siano di norma. La Direzione Generale di Sanità pubblica d'accordo con quella della Sanità militare ha convenientemente provveduto inviando nei Comuni maggiormente colpiti più di mille ufficiali medici in servizio civile. Questo provvedimento ha però tutti i caratteri della necessità urgente. Fu preso quando si era ancora in guerra e può quindi giustificarsi solo considerandolo provvisorio. Quando si prolungasse oltre i termini della provvisorietà finirebbe per essere inadatto, insufficiente, inutilmente dispendioso.

Gli ufficiali medici destinati a questo servizio non sempre sono allenati al lavoro particolare della condotta. Per un complesso di ragioni che non occorre mettere in evidenza, cambiano spesso, togliendo al servizio quella continuità che se non è proprio indispensabile, è certo giovevole.

Le necessità adunque dell'assistenza sanitaria civile richiedono che i medici condotti siano primi fra tutti smobilitati e rinviati ai loro rispettivi Comuni.

Passiamo al secondo punto: elemento economico. Lo Stato per provvedere all'assistenza nei Comuni sprovvisti di medici per il richiamo alle armi dei titolari delle condotte sostiene una spesa non trascurabile per il suo stremato bilancio. Gli ufficiali medici incari-

cati di tali servizi, oltre lo stipendio del loro grado, per lo più capitano o maggiore, con le relative indennità di caro-viveri, percepiscono un compenso di lire venticinque quotidiane. Un trattamento che, bisogna riconoscerlo, non è ingeneroso. Questa spesa che complessivamente ascende a parecchie diecine di migliaia al giorno, mentre, come si è accennato, non è proporzionale ai risultati che si ottengono e d'altra parte non soddisfa completamente i medici. Non perchè questi non si ritengono sufficientemente compensati, ma perchè ciascuno di essi troverebbe più conveniente restare nel seno della propria famiglia, non abbandonare la propria clientela, che mentre dà un vantaggio di lucro attuale, costituisce una garanzia di attività professionale per l'avvenire.

Dunque anche in riguardo all'economia statale è necessario che le condotte mediche siano subito occupate dai rispettivi titolari: anche sotto questo rispetto è necessario procedere prima che per gli altri medici alla smobilitazione dei medici condotti.

Se a tutte le esposte considerazioni si aggiunge l'altra che le necessità del paese e le esigenze finanziarie dello Stato coincidono con gli interessi delle varie categorie della classe sanitaria, la urgenza del provvedimento appare in tutta la sua convenienza.

Infatti, come già si è detto, il ritorno dei medici condotti nelle rispettive residenze giova a quei medici che ora sono contro la loro volontà e i loro interessi destinati a tale servizio, giova ai medici condotti stessi che potranno finalmente ritornare al proprio focolare ed alle proprie occupazioni.

Può esservi, è vero, qualche medico condotto che tentato dalle lusinghe dei centri urbani o da qualche effimero vantaggio della vita militare su quella di condotta, possa desiderare e chiedere di rimanere nell'esercito. Ma anche questi, a nostro avviso, dovrebbero seguire la sorte comune. È giusto che chi ha un posto a rimunerazione fissa, sia o no aggradevole, vada a rioccuparlo. I posti nell'esercito, se mai vi saranno nella Sanità militare posti a disposizione degli ufficiali di complemento, devono essere riservati a quelli che per essere stati chiamati alle armi subito o poco dopo aver conseguita la laurea, non hanno avuto il tempo ed il modo di sistemarsi in una condotta od in qualsiasi occupazione a retribuzione fissa: a quelli che non hanno avuto il tempo ed il modo di formarsi una clientela, o la cui clientela è stata dispersa dalla guerra. Ma di ciò avremo modo di occuparci più di proposito in altra occasione.

Per ora possiamo concludere affermando come sufficientemente dimostrato che le necessità dell'assistenza civile, l'economia statale, gli interessi della classe medica, giustificano come urgente il congedo dalle armi dei medici condotti.

PANGLOSS.

Per i laureandi in medicina.

Sono tutti al fronte, tanto quelli che in tempi normali avrebbero conseguito la laurea, nel corrente anno 1918, come quelli che potrebbero conseguirla l'anno venturo.

Ma, oramai compiuto il loro dovere verso la Patria, desiderano di ritornare alle loro Università, ai loro studi, per non aggiungere al tempo perduto utilmente altro tempo inutilmente sprecato.

Desiderano proseguire e compiere i loro studi, ma, se non ottenessero presto una ben meritata licenza illimitata o temporanea, alla fine dell'anno scolastico non potrebbero sostenere gli esami pratici degli ultimi anni, poichè un avviso del Rettore dell'Università di Torino, avviso certamente pubblicato anche nelle altre Università del Regno, dice: *Si avvertono i signori studenti militari della Facoltà di medicina che, per ordini ministeriali, non saranno ammessi a sostenere gli esami se non risulta che essi abbiano fatto, in un modo qualsiasi, gli esercizi sottoindicati: esercizi di anatomia umana, medicina operatoria, anatomia patologica, cliniche generali e speciali mediche e chirurgiche, ostetrica, pediatrica e dermosifilopatica.*

Questo avviso dice chiaramente che i laureandi in medicina del 1918, ancorchè posti nelle migliori condizioni, perderanno un anno di studio (1). Perchè non ne perdano un secondo e perchè i laureandi del 1919 possano laurearsi nel tempo regolamentare è necessario che i Ministri della guerra e della pubblica istruzione provvedano rimandandoli presto alle loro Università.

In questo modo si dimostrerebbe di riconoscere e apprezzare l'opera volenterosa e benefica prestata dagli studenti in medicina, durante la guerra, fra i combattenti di prima linea. Così l'Italia dimostrerebbe la propria riconoscenza ai solerti giovani della Sanità militare.

(1) Il danno è enorme per gli studenti che ora sono al 7° anno di inscrizione alla Facoltà medica. La maggior parte di essi, per avere le inscrizioni necessarie e la pratica indispensabile delle cliniche, perderebbero DUE ANNI, se fossero ora mandati alle Università: perderebbero TRE ANNI se quest'anno non frequentassero i corsi. Per questi un provvedimento eccezionale si impone.

Nota della Red.

Anche altre ragioni suggeriscono simile provvedimento.

A mente dell'art. 3 del decreto luogotenenziale n. 1420, del 31 agosto 1915, rimane sospeso, per tutta la durata dello stato di guerra, ogni pubblico concorso ai posti resisi vacanti nelle piante organiche del personale sanitario dipendente dai Comuni, Provincie e Istituzioni pubbliche di beneficenza. Ma, firmata la pace, questi Enti bandiranno i concorsi per i posti che si saranno resi vacanti fino al giorno del concorso.

Verrebbero così occupati anche i posti resisi vacanti dopo il giugno 1918, ossia dopo le sessioni d'esame, in cui molti giovani, se in tempi normali, avrebbero potuto laurearsi e conseguire il titolo necessario per partecipare ad ogni concorso.

Equità vuole che agli attuali laureandi non si chiudano le porte della vita economica. Equità vuole che a questi giovani, se meritevoli, si faciliti il conseguimento della laurea.

Questa equità ed anche le loro benemerenze non devono essere disconosciute. I Ministri le ricordino e provvedano in tempo.

La gioventù studiosa, degnamente ricompensata, ritornerà volenterosa agli studi, si dedicherà con amore alle lotte per il progresso, onore e vanto di ogni paese civile.

Dottor NICOLA GAROSCI.

Sulla possibilità delle autopsie negli ospedali.

Già da tempo si è iniziata e si intensifica sempre di più la tendenza di sottrarre all'indagine anatomica il cadavere di chi muore negli ospedali e nelle cliniche.

Sentimenti affettivi e religiosi da un lato, una certa trascuratezza delle autorità mediche superiori dall'altro, la spesa pur relativamente esigua che il trasporto del cadavere esige, l'interesse diretto di chi trae un guadagno continuo nel sollecitare e nell'assumere l'incarico dei trasporti e dei funerali, concorrono a limitare sempre di più la possibilità delle autopsie: il che, come è facile comprendere, reca notevole, e sempre maggiore, danno alla pratica ospedaliera ed all'insegnamento universitario.

In mancanza di una tassativa disposizione di legge alcuni importanti ospedali d'Italia, consci dell'assoluta necessità del controllo anatomico alla diagnosi clinica, hanno, con opportuni regolamenti interni, resa obbligatoria la autopsia di tutti coloro che vi muoiono; altri ospedali non hanno ancora voluto o saputo imitarne l'esempio e lasciano così che vengano assai spesso richiesti dalle famiglie proprie quei cadaveri, per i quali assolutamente necessaria sarebbe l'indagine anatomica.

Tempo fa, un uomo di larghe vedute, a cui la questione fu posta, il prof. Leonardo Bianchi, Ministro dell'Istruzione, resosi conto dell'alta importanza del problema, ne promise una soluzione seria ed efficace. Ed un suo successore, l'on. Rava, ad una rinnovata richiesta, si mostrò assai ben disposto a prendere in esame la questione con la maggior cura possibile.

Ma poi gli anni passorono, cambiarono i Ministeri e le promesse belle tali rimasero!

Sarebbe quindi da augurarsi che le supreme autorità, in quest'ora grave di rivolgimenti e di modificazioni sociali, si rendessero veramente conto dell'alto interesse scientifico e pratico del problema, dando ad una sola soluzione, che valga ad accrescere sicurezza e pratica al medico ospedaliero, e faciliti osservazioni e cultura al giovane studente universitario.

S.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Smobilitazione dei militari malarici, venerei e tracomatosi.

Da una circolare (n. 690) della Direzione Generale di Sanità militare (pubblicata nella dispensa 61 del «Giornale Militare», 3 dicembre u. s.), relativa alla smobilitazione dell'Esercito, riportiamo il seguente estratto:

«b) Tutti quelli riconosciuti affetti da malattie infettive, o da affezioni parassitarie, contagiose, saranno trattenuti e sottoposti ad opportuna cura sino a guarigione, o sino alla scomparsa delle manifestazioni infettanti.

In ispecie per i tracomatosi, per i malarici e per gli affetti da forme morbose celtiche, saranno osservate scrupolosamente le seguenti norme:

i tracomatosi allo stadio asciutto non contagioso potranno essere subito inviati in licenza illimitata; saranno invece trattenuti, e curati negli appositi ospedali per tracomatosi, i secernenti, acciocchè essi passino, nel più breve tempo, alla fase asciutta.

Tutte le autorità che procederanno al licenziamento dei tracomatosi disporranno che in appositi registri sia tenuto nota della generalità degli individui con le indicazioni dello stato attuale dell'infermità, del distretto di leva del militare e del domicilio che il militare stesso dichiara di eleggere. Al termine del licenziamento di ciascuna classe o gruppo di classi sarà fatto un estratto di tali dati in duplice copia, curando di inviarne una copia al Ministero della guerra (Direzione generale della Sanità militare) ed una copia alla Direzione di sanità aggiunta del rispettivo corpo di armata territoriale;

i malarici ricoverati nelle sezioni ospedaliere specializzate saranno licenziati soltanto dopo che vi avranno trascorso un periodo di apiressia di al-

meno un mese, durante il quale dovranno essere sottoposti alla bonifica chininica; quelli aggregati ai reparti malarici potranno venire licenziati quando vi siano stati sottoposti alla bonifica per almeno 4 settimane; però, così per gli uni come per gli altri, dovrà essere fatta segnalazione opportuna all'ufficiale sanitario del Comune, ove essi si recano in congedo, affinchè continuino il trattamento adatto per completare la bonifica chininica, e per opportuna norma dell'ufficiale sanitario stesso dovrà venirgli trasmessa, per via d'ufficio, copia della scheda individuale per militari malarici (circolare 402101/52) ove sono annotate le cure già subìte dall'individuo; altra copia della scheda, con la indicazione del Comune ove si reca il militare, sarà fatta pervenire al Ministero (Direzione generale della Sanità militare);

i militari, che risultassero affetti da malattie veneree contagiose, verranno riuniti in uno o più stabilimenti sanitari, per ciascun corpo d'armata, affinchè sotto il controllo e la sorveglianza dello specialista consulente del corpo d'armata (e ciò allo scopo di una maggiore uniformità di trattamento) essi vengano sottoposti alle cure atte a far scomparire le manifestazioni morbose infettanti; dopo di che, e dopo aver integrato le cure medicamentose con adatti ammaestramenti di indole profilattica, potranno essere inviati alle loro case. Si ricorda che, per le norme della circolare 403602-5-H, un esemplare della scheda per sifilitici, del militare che cessa di far parte dell'esercito, deve essere trasmessa al Ministero (Direzione generale della Sanità militare); in detto esemplare dovrà essere indicato il comando dove il militare si reca in congedo.

10. Compiuto il licenziamento di ciascuna classe, le Direzioni di Sanità militare dovranno trasmettere al Ministero (Direzione generale della Sanità militare) un elenco numerico riassuntivo, compilato in base agli elenchi che i singoli corpi e stabilimenti sanitari invieranno loro, indicante:

a) i tracomatosi allo stadio asciutto che sono stati licenziati dalle armi;

b) i tracomatosi segreganti che vengono contemporaneamente trattenuti;

c) i malarici che vengono trattenuti per la cura e la bonifica;

d) i malati di affezioni celtiche che non sono licenziati, ma inviati o trattenuti in cura perchè presentanti manifestazioni contagiose in atto (distinti in affetti da blenorragia, da ulceri veneree, da sifilide).

Per i tracomatosi (di cui le lettere *a* e *b*), oltre ai detti elenchi numerici dovrà essere compilato e trasmesso al Ministero (Direzione generale della Sanità militare) un elenco nominativo, indicando per ciascun individuo la località dove egli si reca in licenza illimitata o in congedo».

ATTI PARLAMENTARI.

Pel congedamento dei medici condotti.

L'on. dott. Galileo Beghi, deputato di Rovigo, ha interrogato il ministro della guerra ed il ministro degli interni per sollecitare il congedamento dei medici condotti attualmente in servizio militare.

Per l'Università di Bari.

È stata presentata alla Camera una mozione concepita nei termini seguenti: «La Camera invita il Governo a istituire in Bari un'Università di studi, resa anche più necessaria dalle nuove condizioni create dalla guerra vittoriosa». La mozione reca la firma dell'on. Lembo e di altri 70 deputati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7533) *Supplenze in caso di infermità - Pagamento.* — Dott. S. Q. da C. d'A. — Se è provato che l'infermità fu presa a causa del servizio che Ella disimpegnava riteniamo che si possa, almeno per ragione di equità, corrisponderle lo stipendio durante il tempo in cui non ha potuto prestare servizio, e ciò tanto più che Ella faceva le veci di un titolare dimissionario per cui il Comune era disimpegnato dalla corrisponsione di alcuno stipendio. I medici hanno l'obbligo di porsi a disposizione della competente autorità sanitaria quando, in caso di epidemia, occorra usufruire della opera loro. In caso di decesso per l'esercizio professionale è concessa la pensione previlegiata alle famiglie a norma della legge speciale all'uopo esistente.

(7534) *Avvicendamento - Compensi.* — Dott. V. C. da P. — L'art. 2 della circolare 8 giugno 1917 dice: «Durante il tempo in cui (gli ufficiali medici) prestano servizio presso le Amministrazioni civili riceveranno dall'Amministrazione militare lo stipendio del loro grado e l'indennità di servizio speciale, norchè — coloro che si trovano nelle condizioni volute per avervi diritto — l'indennità giornaliera di lire 5 di cui al D. M. 26 giugno 1916 e l'indennità per gli ufficiali richiamati dal congedo fuori della loro residenza di cui al D. L. del 10 agosto 1916. È esclusa la concessione di qualsiasi altra indennità inerente alla qualifica di ufficiale». Questo, secondo noi, vale quando l'ufficiale medico presta servizio in una sola condotta: ma quando egli presta, invece, servizio in due condotte deve essere applicata la disposizione di cui al comma 3° dell'art. 3 della circolare del 10 settembre 1917, secondo cui nella seconda condotta è considerato come interino e dovrà, quindi, ricevere intero o parte dello assegno che il Comune corrispondeva al medico civile richiamato.

Secondo noi, non monta se la seconda condotta faccia parte dello stesso Comune o di altro.

(7536) *Ufficiale medico avvicendato.* — Dott. P. C. da S. P. — L'ufficiale medico in congedo per infermità e non per causa di servizio, può riprendere il suo posto di condotta se lo comportano le sue peculiari condizioni di salute, salvo, a congedo esaurito, regolarizzare la propria posizione nei rapporti della autorità militare. Le competenze furono giustamente liquidate.

(7537) *Pensione di riversibilità alle vedove ed agli orfani.* — Dott. P. B. da G. — Se il sanitario è rimasto inscritto alla Cassa per dieci anni compiuti, la vedova può aver diritto ad una indennità consistente in una somma per una volta ragguagliata ai due terzi del capitale accumulato sul conto individuale. Tale indennità spetta in concorso con la prole minorenne.

(7538) *Pensione - Sessennii.* — Dott. G. Z. da C. — Con 28 anni di servizio e 55 di età, tenuto conto del contributo massimo pagato per dieci anni, liquiderà la pensione di lire 1527.98; con 56 di età e 29 di servizio liquiderà quella di lire 1669.58 e con 57 di età e 30 di servizio liquiderà la somma di lire 1830.40.

La legge non accenna ad interessi quando parla del diritto di ripetere la restituzione delle somme versate volontariamente, lochè fa supporre che tale restituzione avvenga senza alcun pagamento di interessi.

Il versamento volontario di lire 400 fatto per dieci anni porta, alle condizioni di età esposte, l'aumento di pensione di lire 372.40 nel primo caso, di lire 421.08 nel secondo e di lire 452.32 nel terzo. Per regola generale l'aumento del decimo sessennale si opera sullo stipendio periodicamente accresciuto, di modo che per effetto del quarto sessennio Ella dovrebbe ora ricevere la somma di L. 2924, tranne che nella convenzione ad atto di nomina non sia espressamente indicato che il detto aumento va praticato sempre sullo stipendio iniziale.

(7539) *Ufficiale sanitario - Congedo per infermità.* — Dott. Parvulus da P. — All'ufficiale sanitario è applicabile nei casi di congedo per infermità il disposto dell'art. 29 del regolamento sanitario. Epperò la supplenza va a carico del Comune, non potendo ad esso essere imposti oneri od aggravii nè tanto meno diminuzione di assegno che dovrà essere corrisposto per intero. Confrontisi l'art. 82 col succitato art. 29 del regolamento.

(7540) *Pensioni.* — Dott. C. L. da C. — L'art. 36 del vigente testo unico delle leggi sulle pensioni stabilisce che i medici che aderirono alla Cassa di previdenza prima della promulgazione della legge 2 dicembre 1909 hanno diritto al riconoscimento dei servizii prestati anteriormente al 1° gennaio 1899. Cosicchè avendo Ella prestato servizio dal 1° gennaio 1890 al 31 dicembre 1897 può far valere 8 anni di servizio utile, che, aggiunti agli altri 10 posteriormente prestati, rappresentano la somma di anni 18 di servizio, non sufficienti per liquidare la pensione, la quale presuppone un servizio valutabile di anni 24, mesi 6 ed un giorno.

(7541) *Infermità del medico condotto interino.* — Dott. A. P. da A. — Pei medici interini le spese di supplenza sono sempre a carico del Comune, perchè esso non ha alcun obbligo legale di corrispondere lo stipendio al medico infermo e ciò anche quando risulti provato che la infermità fu contratta per ragione di servizio od a causa del medesimo. Il Comune deve corrispondere l'assegno al medico interino sino a tutto il giorno in cui ha prestato servizio. Come medico interino, non vincolato da capitolato o contratto, può rassegnare le proprie dimissioni sempre che crede.

(7542) *Ufficiale sanitario - Stabilità.* — Dott. G. V. da A. — La stabilità come ufficiale sanitario non si acquista *ope legis*, come pei medici condotti. Occorre espletare la procedura di cui all'art. 80 del regolamento generale sanitario. Se a suo tempo nulla fu fatto, la si potrà promuovere ora.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3427:

Diriga la domanda all'Intendenza dell'armata da cui dipendeva in zona di guerra il reggimento che ancora lo amministra.

Al dott. E. Z. da L.:

Il decreto di congedamento *ha esclusi* gli ufficiali di tutte le categorie. I medici delle classi congedate, quindi, non hanno diritto a percepire nuovamente l'indennità di L. 5.

All'abb. n. 9395:

Se Ella ha ragione di ritenere che la riaccensione del processo tubercolare in Lei latente sia dipesa da cause di servizio (il che occorrerà provare) non vi ha altra via da seguire che la richiesta regolare, da dirigere all'autorità militare da cui dipende, che la malattia da cui ora Ella è affetto venga considerata come dipendente da cause di servizio agli effetti della pensione.

All'abb. n. 1865:

Per risponderle occorre conoscere più chiaramente quale è la sua attuale posizione. Ella dice che trovasi *in congedo temporaneo per ottenuto esonero.* A quale stipendio vuole allora aver diritto?

All'abb. n. 5964:

Non si possono far previsioni circa il tempo che verranno trattenuti in servizio i medici che hanno dichiarato nel questionario di voler rimanere sotto le armi, e... neppure i medici che hanno dichiarato di non volervi più rimanere.

Ciò dipende da un insieme di condizioni politico-militari che non è ancora possibile antivedere.

Ella può benissimo far domanda di venir inviato a far servizio in colonia: il *minimum* di servizio a cui deve obbligarsi è di due anni, ma può sempre chiedere di venir trattenuto ulteriormente.

All'abb. n. 7139:

La remunerazione cui si accenna spetta anche agli ufficiali di complemento nominati durante la guerra.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro valoroso collaboratore dott. Guido Mendes è stato promosso, a scelta, tenente colonnello medico.

Esprimiamo i nostri cordiali rallegramenti e gli auguri di una più rapida ascesa all'egregio sanitario, che attraverso l'esperienza dei duri anni di guerra ha rivelato rare qualità e si è conquistato alte benemerenze organizzando i Servizi medici militari specializzati.

I complessi Servizi per tubercolotici, per mutilati e per invalidi funzionali gli hanno valso il plauso, l'ammirazione e la gratitudine del Paese e sono stati citati a modello fuori d'Italia.

Il nostro redattore prof. Sabella Pietro, consulente dermoceltico d'armata, è stato promosso, a scelta, al grado di maggiore in data 24 settembre u. s., e più recentemente è stato insignito della Croce al merito di guerra dal Comando dell'armata del Grappa con ordine del giorno n. 222 del 4 novembre u. s.

Vivi rallegramenti.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Gangi Salvatore in patologia medica a Catania; Mariconda Paolo in anatomia patologica a Roma; Razzano Alfredo in clinica ostetrica e ginecologica a Napoli; Serra Ercole in patologia chirurgica a Genova; Tieri Domenico Antonio in clinica oculistica a Napoli.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. — *Ministero della Marina.* — È aperto un concorso per titoli per la nomina di 40 ufficiali di complemento nel Corpo sanitario militare marittimo. Le domande dovranno pervenire al Ministero entro il 31 dicembre 1918, corredate dai seguenti documenti: atto di nascita; certificato di cittadinanza; certificato penale; certificato di buona condotta; titolo professionale: laurea e certificato dei punti ottenuti nelle singole materie durante i corsi universitari.

FILADELFIA. — *Collegio dei medici.* — Premio Alvarenga di dollari 250 (fr. 1250). I lavori debbono essere in lingua inglese o accompagnati da una traduzione in inglese. Scadenza 1° maggio 1919. Per informazioni rivolgersi al prof. Francis R. Packard, segretario (19, South 22-D street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.).

Laureato 13 anni, larga pratica chirurgica come assistente, aiuto e direttore ambulatorio grandi ospedali, ottime referenze, buoni titoli, pubblicazioni, disposto prestar servizio subito chirurgo ospedale. — Scrivere Matteo Mattei, via Cavour N. 136, interno 9, Ancona.

Da quattro anni assistente ed aiuto di chirurgia cerca posto di aiuto di chirurgia, possibilmente grande ospedale o clinica universitaria. — Scrivere al signor Angelo Di Cosimo, Ospedale civile, Ancona.

MEDICINA SOCIALE.

La vigilanza igienico-sanitaria negli stabilimenti industriali. (1)

Fin dai primi mesi della nostra guerra, allorchè le industrie acceleravano, con ritmo febbrile, la loro produzione per soddisfare ai bisogni delle operazioni militari, il sottosegretariato armi e munizioni si rese conto che il problema della produzione bellica non era solamente un problema di *intensità*, ma anche di *durata*. Il Comitato centrale di mobilitazione industriale incominciò dapprima ad emanare una serie di provvedimenti atti a tutelare le maestranze femminili e minorili, che nella industria della guerra trovarono il più largo impiego. Convinto poi della necessità di salvaguardare la salute dell'operaio in genere, rivolse la sua attenzione alle condizioni in cui si svolge l'industria; condizioni che se sono quasi sempre buone nella grande, sono cattive o pessime nella media o nella piccola, rappresentando una sorgente di danni per la maestranza occupata, mentre le costruzioni per lo più improvvisate od adattate costituiscono un ostacolo spesso insormontabile per apportarvi le necessarie modifiche.

Le norme emanate varranno anche per l'assetto industriale post-bellico. Stimiamo interessante di sintetizzarle.

L'*organizzazione del lavoro*, assolutamente necessaria per assicurare sia un buon rendimento, che il benessere degli operai, deve tendere a trovare lo sforzo e la velocità *optimum* per realizzare il massimo di lavoro col minimo di fatica. Ciò si ottiene anzitutto con la scelta dell'individuo adatto, che va poi attentamente sorvegliato, ma soprattutto con un congruo orario di lavoro, che è il vero cardine di tutta l'organizzazione. Sotto questo punto di vista l'esperienza ha sancito molti dati fondamentali, che gli studiosi della fisiologia del lavoro avevano già accertato, ma che gli industriali troppo spesso non avevano apprezzato al giusto valore. Ne viene quindi la necessità del riposo settimanale, della riduzione degli orari, dell'adozione di riposi intermedî; nè si creda che con questo mezzo — contrastato spesso dagli stessi operai — si ottenga una diminuzione del rendimento, chè anzi questo, entro certi limiti, aumenta, come pure migliora la qualità della produzione.

Allo scopo di realizzare le provvidenze igienico-sanitarie, venne appunto istituito presso il Ministero armi e munizioni un ufficio di vigilanza igienico-sanitaria, creando l'ispettore medico del lavoro.

Vasto è il programma che deve svolgere questo nuovo funzionario, adibito all'igiene ed alla sicurezza industriale; si dà con esso il giusto valore al parere sanitario nelle questioni di igiene industriale: sono suoi compiti l'ispezione sistematica delle industrie insalubri e pericolose, l'organizzazione del servizio medico e del pronto soccorso per le maestranze, la vigilanza sulle malattie professionali, il servizio di controllo sulle assenze, ecc.

L'attività di un anno permette di dire che l'osservanza delle disposizioni relative alle norme fondamentali di azione dei locali di lavoro non incontra speciali difficoltà, anche perchè pur tenendo conto della tutela delle maestranze, non si astrae mai dalle condizioni presenti e future dello stabilimento; quando poi si tratta di lavorazioni insalubri, i provvedimenti vengono presi non dal solo Comitato, come negli altri casi, ma dallo stesso Ministero.

(1) Un volumetto di circa 100 pagine, edito a cura del Bollettino del Comitato centrale di mobilitazione industriale.

Nel volumetto sono dettate alcune norme pratiche generali di igiene del lavoro, semplici e spesso illustrate con disegni chiari e ben rappresentativi.

Strettamente legata all'organizzazione del lavoro ed alle condizioni igieniche delle officine è la frequenza dell'*infortunio*, da qualche tempo in relativo aumento per le maestranze operaie; l'importanza di questo problema è notevole, poichè prevenire l'infortunio vale risparmiare un danno e guadagnare almeno il 25 % sulla produzione. La prevenzione si ottiene con l'applicazione delle difese alle macchine, con norme generali di igiene (locali spaziosi, ordinati, puliti, ecc.), ma soprattutto con l'educazione dell'operaio, la quale soltanto crea l'abito della difesa individuale, poichè nella prevenzione non si può pretendere dall'individuo più di quello che possono dare la sua educazione e la sua istruzione.

***

Non meno importante e vasta è l'altra parte del compito, relativa alla vigilanza sanitaria, a cui il medico ispettore deve dare la massama estensione, diffondendo le necessarie cognizioni, anche fra i medici pratici, ai quali spesso sfugge il fattore professionale, causa prima di molte malattie.

Agli industriali ed ai medici non è certo sfuggito il notevole aumento della morbosità fra le maestranze delle industrie, che lavorano per la guerra, ciò che rappresenta, con l'infortunio, un importante capitolo nel bilancio passivo di una azienda. Da ciò la necessità da parte dell'industriale di salvaguardare con tutti i mezzi l'integrità fisica degli operai. In questa lotta, la collaborazione del medico, ormai si è imposta, poichè si incomincia a vedere in esso non già il sostenitore di principî o di norme pericolose all'economia industriale, ma invece il consigliere, che sa suggerire i mezzi ed il modo, per assicurare all'industria la valida cooperazione di una mente sana nel corpo sano. Questa organizzazione medica comprende una visita preventiva d'ammissione, di speciale importanza per le industrie insalubri, in cui è assolutamente necessaria l'eliminazione dei non adatti, una visita periodica, la vigilanza sugli avvelenamenti acuti e sulle infezioni, l'assistenza sanitaria, il pronto soccorso, ecc.

Nel volumetto sono poi alcune norme pratiche sui principali avvelenamenti professionali, sufficienti per dare un'idea di questo importante capitolo dell'igiene e patologia industriale.

Non ultimo compito del medico di fabbrica è poi una propaganda instancabile, incessante per l'impiego dei più comuni ed efficaci mezzi di difesa personale, per l'osservanza di norme di igiene individuale, per la profilassi delle più gravi malattie sociali (tubercolosi, sifilide, ecc.).

***

A questo movimento per attuare le indispensabili provvidenze per le maestranze, alcuni grandi industriali italiani hanno partecipato con larghezza di vedute, favorendo non da oggi le multiforme provvidenze sociali. L'opera del Ministero armi e munizioni ha creato una nuova coscienza, un nuovo orientamento nei rapporti fra industriali ed operai, fra medici, industriali e maestranze.

Medici ed industriali debbono ora di comune accordo collaborare ed unificare gli sforzi per raggiungere quella meta, creando la volontà dei bisogni, che il nostro popolo ha fatto tacere per misoneismo, per indifferenza, per adattamento alle vecchie tradizioni, troppo spesso per ignoranza.

Essenziali sono l'educazione e l'istruzione dell'operaio mediante corsi professionali; l'assistenza alla maternità, la lotta contro la mortalità infantile difenderanno l'uomo di domani; le migliorate condizioni di abitazione, di alimentazione (refettorî, cucine economiche), l'educazione fisica daranno all'operaio la robustezza necessaria per resistere al lavoro proficuo.

Programma vasto e grandioso, che non può essere attuato in breve tempo, ma di cui si incomincia oggi ad intravedere la realizzazione in un prossimo avvenire e tanto più ora che la giusta pace ha coronato l'edificio della nuova civiltà d'Italia.

FIL.

NOTIZIE DIVERSE

Il servizio sanitario civile riorganizzato nei paesi liberati.

Il Comando Supremo comunica:

Procede attivamente la riorganizzazione del servizio sanitario civile.

Nel Goriziano e nell'Istria esso va gradatamente sostituendo il servizio militare, che finora sopperiva da solo ai bisogni della popolazione.

A Trento è stata istituita una speciale sezione ispettiva per la profilassi e per coordinare il servizio sanitario civile.

A Udine il Comune fu provvisto di numerose stufe per disinfezione, allo scopo di essere più efficace l'assistenza sanitaria. Furono inoltre distribuiti cavalli ai medici condotti.

Gli ospedali di Longarone, di Thiene, di Pieve di Cadore, di Auronzo funzionano già da vari giorni regolarmente.

Anche alle comunicazioni postali si è cercato di provvedere, nella misura del possibile. Dove non si è potuto ristabilire il servizio civile, la popolazione si vale del servizio della posta militare. Si è pure istituito un servizio di posta volante per i centri lontani dagli uffici postali.

La Commissione scientifica interalleata per l'alimentazione.

di cui abbiamo già dato notizia, si riunisce nuovamente in questi giorni a Roma.

La Commissione ha tenuto altre quattro riunioni, di cui due a Parigi, una a Londra ed una a Roma.

Per i grandi invalidi nervosi.

Sotto la presidenza dell'illustre prof. sen. Camillo Golgi, ha avuto luogo l'assemblea degli aderenti alla fondazione dell'Istituto pei grandi inva-

lidi nervosi di guerra, promosso dal prof. Eugenio Medea, allo scopo di aiutare questi infermi che hanno bisogno di continua e particolare assistenza nelle loro lunghe e gravi infermità.

Il sen. prof. Golgi illustrò brevemente il concetto fondamentale che dovrà informare l'opera del nuovo ente, ed il prof. Medea riferì sulle numerose sottoscrizioni finora pervenute, che sorpassano la cifra di L. 300,000. Il sen. Bertetti ha già offerta una grandiosa villa con giardino nel comune di Arosio, molto adatta come sede dell'Istituto.

L'assemblea, vivamente compiacendosi di tali comunicazioni, procedette alle cariche sociali. Vennero nominati: presidente il prof. sen. Golgi; vicepresidente il sen. comm. Bertetti; - direttore dell'Istituto il prof. Eugenio Medea. Del Comitato fanno parte notabilità e grandi industriali milanesi.

Il Comitato antitubercolare di Roma.

Si è riunito, sotto la presidenza del Prefetto gr. uff. Aphel, il Comitato provinciale di Roma per l'assistenza antitubercolare agli ex-militari. Erano presenti il medico provinciale prof. Badaloni, il sen. Marchiafava, il prof. Tamburini, il comm. Magaldi, il col. Corbi, direttore dell'Ospedale militare del Celio, il comm. Battaglia, sindaco di Viterbo, il prof. Mazzone, l'on. Sanarelli, il dott. Villa in rappresentanza dell'Opera nazionale per i mutilati di guerra, il prof. Torti direttore dell'Ospedale Policlinico e l'avv. Roberto Roberti, segretario generale. L'ispettore del Ministero dell'interno comm. Ravacini portò il saluto del ministro e spiegò gli intendimenti che il Governo si propone di raggiungere attraverso l'attività dei Comitati provinciali.

Sulle comunicazioni del medico provinciale si aprì una elevata discussione.

L'assessore comunale sen. Marchiafava dette ragguagli sull'opera che il Comune di Roma ha intrapresa e comunicò che presto sorgerà a Roma un Istituto modello per ricoverare i fanciulli predisposti agli attacchi tubercolari.

Il Prefetto propose la nomina di una Commissione di pochi membri — una specie di Giunta esecutiva — per concretare e portare a compimento una vigorosa azione pratica. La Commissione risultò composta del prof. Badaloni, del sen. Marchiafava, dell'on. Sanarelli, del prof. Tamburini, del comm. Magaldi e dell'avv. Roberti.

Alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Il 24 novembre venne inaugurato l'anno accademico 1918-19, con un'allocuzione del presidente, comm. prof. Vincenzo De Giaxa, da Zara, ispirata ad alti ideali di scienza e di patriottismo. Il discorso venne vivamente applaudito dall'assemblea, la quale, su proposta del socio prof. Miranda, deliberò per acclamazione di mandare al sindaco di Zara un affettuoso messaggio, in cui s'inneggia alla redenzione di quella terra e si fa omaggio all'illustre cittadino che l'Accademia si onora di avere a suo presidente.

Una medaglia d'oro all'on. Ciraolo.

All'on. Giovanni Ciraolo, che per ben ventidue anni ha sempre dato la propria attività ad opere umanitarie e filantropiche e che durante la guerra si è dedicato con amore ed intelletto alla Croce Rossa Italiana, è stata conferita da S. E. il ministro Orlando una medaglia d'oro quale alta e meritata ricompensa. Il telegramma che la notifica è il seguente:

« Mentre vittoria nostre armi avvicina il momento in cui Croce Rossa Italiana potrà aggiungere alle benemerenze già conseguite in pace ed in guerra, quelle cospicue che le assicura il programma di provvidenze sociali che si è prefisso, confido sia per tornare gradito a Lei, che di quel programma fu assertore illuminato, il segno solenne di riconoscenza, che è stato su mia proposta, con decreto 17 corrente, attribuito alla Sua benefica attività, con il conferimento della medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica. — F.to ORLANDO ».

Rallegramenti vivissimi.

Per la Duchessa d'Aosta.

Il Giornale Ufficiale della Repubblica Francese pubblica la seguente citazione all'ordine del giorno:

« S. A. R. la Duchessa d'Aosta, nata principessa Elena di Francia, alla testa di uno dei più importanti servizi della Croce Rossa Italiana, diede prova, durante la lunga e sanguinosa lotta, di attività, spirito di organizzazione ed abnegazione ammirabili, prodigandosi sino all'estremo limite delle proprie forze, e dando al personale dipendente, sotto violenti bombardamenti, ripetuti esempi del più perfetto disprezzo del pericolo; volle inoltre estendere il suo alto patrocinio alle formazioni sanitarie francesi in Italia ».

Beneficenza.

Un decreto luogotenenziale autorizza il Rettore dell'Università di Roma ad accettare l'eredità lasciata dalla Principessa di Vicovaro, donna Eleonora Lorillard Spencer Cenci, al fine di provvedere a costituire in Roma uno o più edifici per un ospedale moderno per i malati di tubercolosi, da intitolarsi al nome di « Eleonora Spencer Cenci ».

Il vaiuolo a Napoli.

Da oltre un mese si verificano a Napoli alcuni casi di vaiuolo in forma assai grave. La malattia non ha assunto vera e propria forma epidemica; però, mentre il focolaio era prima in un solo quartiere della città, si hanno ora casi dovunque.

L'Ufficio di Igiene e il medico provinciale si adoperano perchè presto la malattia venga debellata.

La vaccinazione è stata resa obbligatoria, e viene eseguita dall'Ufficio dovunque si verificano dei casi. Si procede all'isolamento degli infermi; ma si richiedono eccezionali provvedimenti delle autorità sanitarie cittadine, perchè l'unico ospedale di isolamento, il *Cotugno*, è venuto man mano a perdere la sua efficienza.

Vaccinazione obbligatoria a Roma.

Il Comune di Roma ha aperto una sessione straordinaria di vaccinazioni antivaiolose, le quali vengono eseguite gratuitamente il giovedì e la domenica nei locali delle Delegazioni municipali. Delle vaccinazioni eseguite privatamente i medici liberi esercenti sono obbligati a denunziare gli esiti all'Ufficio Vaccinazioni (Isola Tiberina).

Accidente automobilistico.

Il prof. Ferdinando Battistini, docente di patologia medica a Torino, assessore per l'igiene in questa città, autore di notissimi trattati sulla terapia e di lavori scientifici apprezzati in varii campi della medicina, ha riportato gravi lesioni, tra cui la frattura di un braccio, in seguito al ribaltamento di un automobile, su cui egli faceva ritorno da Alba. Auguri cordiali di sollecita e perfetta guarigione.

Morte di una suora benemerita.

Nell'Ospedale civile di Sarzana è morta, in età di 96 anni, la superiora, suora Angela Carlino Bruno; attiva e benefica, nel 1855 prese parte con l'esercito italiano alla spedizione di Crimea, ove prestò soccorso ai militari feriti e colpiti dal colera.

La tubercolosi quale problema di guerra agli Stati Uniti.

La «National Tuberculosis Association» degli Stati Uniti ha organizzato cinque grandi conferenze, per avvistare le misure pratiche da opporre alla tubercolosi quale malattia di guerra.

La questione principale sarà il trattamento delle migliaia di militari tubercolotici che sono già stati dimessi e di quelli che ora verranno smobilitati dall'Esercito e dalla Marina. Verrà presa in esame anche la propaganda antitubercolare.

Sono invitati a partecipare a queste riunioni i direttori sanitari ed amministrativi e il personale sanitario di ospedali, sanatorî e dispensarî per tubercolotici, gli insegnanti addetti alle scuole all'aperto e tutti coloro che sono interessati nelle opere antitubercolari.

La « Croce d'Avorio. »

Si è costituita a Londra una nuova associazione filantropica, sotto il nome sociale di «Croce d'Avorio»; essa ha lo scopo d'impiegare i suoi fondi, raccolti mediante sottoscrizioni volontarie, per migliorare le condizioni dentarie dei soldati inglesi.

È morto a 68 anni il prof. GIORGIO GAFFKY, cui compete il merito di avere accertato il compito eziologico specifico del bacillo del tifo addominale già descritto da Koch e da Eberth.

Ha compiuto altri pregevoli studî sulla virulentazione e l'attenuazione dei germi, sull'epidemiologia e la profilassi del colera, sul potere disinfettante del calore umido, ecc. Ha diretto l'Istituto d'Igiene di Giessen.

Fu un solerte e ferace allievo e cooperatore di Roberto Koch.

B. R.

Il fascicolo 12 (1° dicembre 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

I. Prof. L. D'AMATO: *Ancora sul potere uricolitico delle glandole a secrezione interna.*

II. Dott. J. ROMANELLI: *Le albuminurie non nefritiche.*

III. G. STRADIOTTI: *Sopra alcune particolari modalità del respiro nella pleurite.*

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene:

I. Prof. A. SORESI: *Il drenaggio alla paraffina.*

II. Dott. R. MOSTI: *La derivazione ipogastrica dell'orina nel trattamento delle ferite dell'uretra.*

Indice alfabetico per materie.

Arteriosclerosi: sintomi prodromici della forma nervosa . . . . Pag. 1227
Ascesso della tiroide consecutivo a setticopiemia otitica senza trombosi del seno trasverso . . . . » 1219
Atti parlamentari . . . . » 1239
Autopsie negli ospedali: sulla possibilità delle — . . . . » 1238
Difterite: morte per paralisi cardiaca nella — . . . . » 1232
Edema da fame nelle terre liberate . . » 1217
Laureandi in medicina (Per i) . . . . » 1237
Lingua nella scarlattina . . . . » 1232
Militari tubercolosi: selezione e cura . . Pag. 1224
Paralisi generale, sifilide nervosa e liquido cerebro-spinale . . . . . . » 1230
Patereccio: cura . . . . » 1234
Radio: effetti biologici delle emanazioni » 1235
Smobilitazione dei militari malarici, venerei e tracomatosi . . . . . . » 1238
Smobilitazione sanitaria . . . . . . » 1236
Stabilimenti industriali: vigilanza igienico-sanitaria . . . . » 1241
Stomaco: determinazione plessica del limite inferiore e controllo radiografico . » 1223
Traumatismi dell'addome . . . . . . » 1231

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.

IL POLICLINICO

ABBONAMENTI PER IL 1919.

		ITALIA	ESTERO	
Alla sezione pratica		L. **20**	Fr. **25**	in oro
Alle sezioni medica e pratica		» **25**	» **35**	
Alle sezioni chirurgica e pratica		» **25**	» **35**	
Alle sezioni medico-chirurgica e pratica		» **30**	» **40**	

Gli abbonamenti, per l'Italia, si possono pagare anche a rate bimestrali e trimestrali di Lire **5** anticipate.

☛ **Saremo assai grati ai Signori abbonati che vorranno rinnovare l'abbonamento avanti che cominci il nuovo anno. Ciò agevolerà molto il lavoro amministrativo e la puntuale spedizione dei fascicoli.**

Abbonamenti cumulativi con "Il Policlinico„ per il 1919.

Le malattie del cuore e dei vasi.

Rivista mensile illustrata che si pubblica in Roma il 1° d'ogni mese. Direttore prof. Filiberto Mariani della R. Università di Genova.

Abb. annuo, per l'Italia L. **12** per l'estero Fr. **18**. Per gli associati al *Policlinico*, per l'Italia L. **10** per l'estero Fr. **15**.

LA CLINICA OSTETRICA.

Rivista mensile illustrata, che si pubblica in Roma a fine d'ogni mese. Direttore prof Felice La Torre della R. Università di Roma.

Abbonamento annuo per l'Italia L **10**, per l'estero Fr. **12**. Per gli associati al *Policlinico*, per l'Italia L. **8**, per l'estero Fr. **10**.

ANNALI D'IGIENE.

Periodico mensile illustrato, che si pubblica in Roma a fine d'ogni mese. Direttore on. prof. Giuseppe Sanarelli della R. Univ. di Roma.

Abb. annuo per l'Italia L. **20**, per l'estero Fr. **25**. Per gli associati al *Policlinico*, per l'Italia L. **12.50**, per l'estero Fr. **20**.

Offerte agli associati a prezzi di eccezionale favore

☛ **Recentissima pubblicazione:**

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI,
aiuto nella Clinica oto-rino-laringoiatrica e negli ospedali riuniti di Roma,
libero docente di patologia generale e di oto-rino-laringoiatria.

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale

Fisio-patologia e clinica

La laringe ha rapporti intimi e complessi col sistema nervoso cerebro-spinale, così che importantissimi sono i problemi di fisio-patologia che li concernono e di eguale valore sono le loro ripercussioni nella pratica. Quante volte una diagnosi precoce di tabe dorsale non è stata sospettata o affermata dal laringologo, con l'osservazione esatta di una caratteristica paralisi laringea, unico sintoma della lesione midollare?

Sebbene l'argomento interessi in egual grado il medico generico, il neuropatologo e l'oto-rino-laringoiatra, esso era più o meno fugacemente trattato nelle opere didattiche sul sistema nervoso o della specialità: mancava, in Italia e fuori, un'esposizione sistematica di tutto questo capitolo. L'A. ha assolto al compito che si è prefisso magistralmente, facendo tesoro, oltre chè della ricca letteratura sparsa, diffusa e incoordinata, della sua esperienza di laboratorio e di clinica, dando un'opera armonica di sicura utilità per ogni medico colto.

Volume in-8°, di circa 480 pagine, con 37 figure, intercalate nel testo e con prefazione del prof. Amico Bignami. Prezzo L. **18.** Agli abbonati al «Policlinico» che ne faranno richiesta entro il corrente mese di dicembre, il volume sarà spedito franco di porto e raccomandato, per sole L. **12.60.**

Prof. GIOACCHINO BRECCIA.

Il Pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare

Guida teorico-pratica e studi originali.

Il crescente risveglio della lotta contro la tubercolosi polmonare rende di grande attualità ogni libro che volgarizzi i più reputati mezzi curativi.

Questo del prof. Breccia offre al pratico quanto si richiede per metterlo in grado di applicare il pneumotorace artificiale; al pratico e allo studioso spiega le ragioni scientifiche e cliniche del mezzo terapeutico, dandone la sicura indicazione, la tecnica esatta, le vicende più varie, che possono occorrere nel trattamento alla Forlanini.

Prima della pubblicazione del Breccia mancava il capitolo organico della *Semeiologia e clinica del pneumotorace artificiale*, per quanto già razionalmente impiegato avesse reso così segnalati servizi, da meritarsi il consenso universale, così insolito nella terapia tubercolare.

Studi clinici e sperimentali, veramente lunghi e rigorosi dell'Autore, i primi che, dopo la scuola del Forlanini, venissero iniziati con metodo e lena in Italia, mentre all'estero così infelicemente era tentata la ricerca, hanno permesso di stabilire su salda base la dottrina semeiologica e clinica del mezzo terapeutico, che di una pratica empirica ed infida addiviene così un trattamento scientificamente controllabile, quale deve essere ormai.

Attualmente la terapia antitubercolare non può fare a meno del *Pneumotorace artificiale* e chi lo pratica deve possedere perfettamente le moderne cognizioni, riguardanti di esso la indicazione, la tecnica, gl'incidenti, le complicanze, la semeiologia e clinica, l'azione biologica ed anatomica, ormai sicuramente acquisite.

Ora si può dire con sicurezza che non esiste nelle varie letterature un libro, il quale, come quello del Breccia, serva al pratico da guida teorico-pratica del pneumotorace artificiale.

Un volume in-8° grande, di circa 500 pagine, nitidamente stampato su carta di lusso, con 15 figure in 6 tavole fuori testo e con prefazione del prof. senatore Edoardo Maragliano. Prezzo L. **18.** Per gli abbonato al «Policlinico» sole L. **10.75** franco di porto e raccomandato.

☛ **Per l'acquisto di quanto sopra, inviare Cartolina-Vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI - Via Sistina, 14 - ROMA**

Anno XXV. Roma, 22 dicembre 1918 Fasc. 51.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Questioni del giorno: G. Dragotti: Pulmonite influenzale e pulmonite pestosa. — V. Scoccia: Se l'influenza conferisca la immunità. — **Lavori originali:** A. Chiasserini: Su alcuni casi di cinematizzazione dell'arto superiore. — **Note di tecnica:** L. Cerchione: Nota preventiva su di un apparecchio gessato a trazione per fratture del femore. — E. Bellandi: La trazione continua, senza pesi, nei monconi di amputazione non suturati. — **Note cliniche:** G. Galli: Contributo al significato prognostico delle extrasistoli cardiache. — **Sunti e Rassegne:** MEDICINA: A. v. Wassermann: Reazione di Wassermann e studi biologici della sifilide in rapporto con la cura come mezzi di lotta contro la sifilide. — J. Russel Verbrycke: Cefalee d'origine gastrointestinale — PEDIATRIA: R. Drachter: Per la diagnosi dell'appendicite dei bambini. — LARINGOLOGIA: R. D. de Sanson: Un nuovo tipo d'associazione dell'emiplegia laringea. Sindrome di Schmidt associata. — E. Mereilles: Sulla sindrome di Bernard-Horner. — CHIRURGIA: G. Lerda: Trattamento operatorio del varicocele.

Appunti di medicina pratica: SEMEIOTICA: La sintomatologia della dispnea dolorosa. — CASISTICA: La pleurite influenzale. — TERAPIA: Incompatibilità del chinino e dell'aspirina. — Sul trattamento degli empiemi. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Medicina sociale:** Notizie statistiche sulla mortalità per tubercolosi. — L'azione del medico nella politica dei consumi. — **Coltura superiore:** Per il riordinamento degli studi di odontologia. — **Nostre informazioni:** Casi di vaiuolo a Napoli. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

QUESTIONI DEL GIORNO.

Pulmonite influenzale e pulmonite pestosa.

Durante lo scorso autunno in alcuni centri popolosi le forme pulmonari della influenza epidemica raggiunsero una tale frequenza ed una tale gravità fulminante che molti si domandarono se non si fosse di fronte ad una vera epidemia di peste pneumonica. I più frequenti e più larghi rapporti con l'Oriente a causa delle occupazioni fatte dalle truppe della Intesa contribuirono a dar valore a queste voci, che furono anche alimentate dalla tendenza ad attribuire alla peste ogni epidemia con particolari caratteri di gravità e diffusibilità. A dir vero non solo tra il volgo, ma anche nella classe medica si credette alla possibilità che l'attuale epidemia fosse una vera e propria peste. Fortunatamente i risultati dei numerosi e sempre concordi esami batteriologici tolsero ogni dubbio al riguardo. Ma l'ipotesi d'una possibile peste pneumonica non appariva del tutto assurda: la grande diffusibilità del morbo e l'elevata mortalità confortavano tale sospetto pauroso. D'altra parte il decorso *sui generis* del processo pulmonare poteva rendere anche titubante chi, come è della grande maggioranza dei medici italiani, non aveva esperienza clinica della peste pneumonica. A ciò si aggiunga che il reperto anatomo-patologico della pulmonite influenzale non ha grossolane differenze da quello della pulmonite pestosa, tanto che vi fu in Italia qualche sperimentato settore, che anche prima che si diffondesse la voce di una possibile epidemia di peste, alle prime necroscopie saggiamente ed opportunamente credette di dover dare avviso alle autorità sanitarie perchè gli esami batteriologici ed i controlli fossero insistentemente ripetuti.

Ed infatti non si avevano sufficienti ragioni per ritenere arbitrario il sospetto. La mancanza di bubboni superficiali nelle forme pneumoniche e l'assenza di casi di peste a tipo schiettamente bubbonico non costituisce un argomento per escludere la possibilità che l'attuale pandemia di pulmonite possa essere di natura pestosa, essendo acquisito alla storia della peste che vi possano essere epidemie di questa infezione a localizzazione esclusivamente pulmonare.

Del resto la ipotesi, fondata o non, che ci trovassimo di fronte ad una epidemia di peste pneumonica non è stata avanzata solo in Italia. In America ed in Francia si sono avuti i medesimi sospetti.

Douglas Symmers osserva nel *Journal American medical Association* del 2 novembre u. s. che le analogie cliniche tra pulmonite influenzale e pulmonite pestosa, se non trovano fondamento alcuno nei caratteri batteriologici ed epidemiologici, trovano invece riscontro nel

reperto anatomo-patologico. Le alterazioni pulmonari in ambo le forme sono quelle di una pulmonite lobulare essudativa ed emorragica senza che tra le due forme si possano rilevare evidenti differenze sia ad occhio nudo, sia all'esame microscopico. L'unica distinzione sta in ciò che l'essudato pleurico che è costante nella pulmonite pestosa è raro in quella influenzale, e che caratteristiche di questa ultima sono le aree di enfisema vescicolare acuto, le quali hanno anche un particolare interesse clinico. Oltre a ciò mancano nell'anatomia patologica della peste le alterazioni a carico del sistema cardiovascolare, che sono costanti nella influenza e danno ragione dei sintomi di adinamia cardiaca così fatali nelle forme pneumoniche influenzali.

De Brume, all'Accademia di Medicina di Parigi, dopo aver rilevato che con evidente grossolanità di giudizio si è cercato diffondere la ipotesi che la pulmonite e la bronco-pulmonite, che in certe regioni fanno tante vittime durante l'attuale pandemia di influenza, siano nient'altro che la pulmonite pestosa, insiste nel mettere in evidenza i fatti clinici che distinguono nettamente l'una dall'altra forma.

In realtà, egli dice, la forma pestosa ha una fisionomia caratteristicamente originale. La tosse poco sonora non è come quella di altre affezioni pulmonari caratterizzata da una serie di espirazioni associate e successive, ma piuttosto da una sola espirazione spasmodica; si riproduce ogni dieci, venti secondi durante una o due ore, o una parte del giorno o della notte; si esagera quando il malato parla, togliendogli la parola, e sempre con il suo carattere di tosse a voce bassa. L'espettorato è raro, d'aspetto insignificante, quasi salivare o appena muco-purulento, si ha al secondo giorno e contiene fin dall'inizio una gran quantità di bacilli pestosi. Talora improvvisamente i caratteri dell'espettorato cambiano improvvisamente: diventano abbondanti e misti a sangue rutilante.

La dispnea è costante ed è accompagnata da un senso indefinibile di oppressione angosciante e talvolta da cianosi. Tale dispnea che non è legata ad una sensibile esagerazione nella frequenza degli atti respiratori, non ha la sua ragion d'essere nello stato dei pulmoni nè in quello del cuore.

Infatti il più delle volte contrariamente a quel che si può sospettare i pulmoni appaionó sani. Si rilevano solo rari rantoli sottocrepitanti, disseminati qua e là. Alcuni malati d'altra parte uno o due giorni prima della morte, presentano i segni più o meno netti di una localizzazione pulmonare, ossia un focolaio esteso di rantoli crepitanti con o senza soffio dolce, leggero e come lontano. Contrariamente a quel che si osserva nella forma bubbonica, il cuore nella peste pulmonica rimane normale.

Invece nelle forme pulmonitiche e bronco-pulmonitiche della influenza esistono i segni locali classici che provano la profondità e la estensione della condensazione acuta, spesso bilaterale del parenchima pulmonare, i segni delle congestioni edematose, delle broncheoliti generalizzate che circondano i focolai di epatizzazione. Gli sputi sono talvolta leggermente sanguinolenti, più spesso purulenti ed abbondantissimi, ricchi di pneumococchi o di streptococchi, talvolta di bacilli di Pfeiffer. L'attività cardiaca è compromessa fin dall'inizio.

Le dissomiglianze si accentuano ancora più se si prendono in considerazione i fenomeni generali. Nella peste pneumonica la lingua è umida, leggermente saburrale, il ventre trattabile, indolore, mentre esiste grave intolleranza gastrica. I vomiti frequentissimi o spossanti sono fortemente tinti in verde, ed al terzo giorno appaiono emorragie intestinali con feci nere e fetide. I pazienti non hanno lo stato tifoso: alcuni sono semplicemente pallidi, altri hanno il viso particolarmente alterato. Il loro sguardo è triste; i tratti un po' duri, impassibili, immobili, in una specie di contrazione rigida, sembrano essere la espressione di un'ansia profonda. I pestosi sono d'altra parte afonici. Conservano fino alla fine la integrità mentale e non delirano mai. Tutti hanno coscienza della fine vicina in un modo che non si osserva in nessun'altra malattia. La morte sopravviene dal terzo al quinto giorno per asfissia dipendente più dalla tossi-infezione batterica che dalla alterazione del pulmone e del cuore.

La sintomatologia clinica adunque della pneumonite pestosa è affatto differente da quella della pulmonite pestosa. Se qualche analogia anatomo-patologica poteva dar fondatezza alla ipotesi che le forme pulmonari dell'attuale pandemia fossero di natura pestosa, tutte le altre circostanze parlano contro.

A prescindere dal reperto batteriologico, che da solo toglie ogni ragione di discussione, già ogni dubbio appare infondato quando si tenga conto non solo del decorso clinico, ma dei caratteri epidemiologici. Non bisogna infatti dimenticare che le pulmoniti e bronco-pulmoniti che sono ora causa di tanta mortalità, non sono che una localizzazione speciale, una complicazione, forse un processo di associazione microbica di una forma morbosa epidemica che non ha nulla, proprio nulla, a che fare con la peste.

G. Dragotti.

Se l'influenza conferisca la immunità.

Le pubblicazioni sulla epidemia di influenza, non ancora spenta, sono numerosissime, e si può dire che siano state trattate tutte le questioni da essa sollevate. E non è detto che altre non debbano comparire. Ognuno di noi abbia visto molti o pochi malati, sia più o meno competente, ha qualche cosa da dire! Vi sono poi i batteriologi, che fanno sempre ricerche e non sono d'accordo. Forse, come lasciarono insoluto il problema dopo l'epidemia dell'89-90, tutto fa ritenere che anche in questa occasione, che pure ha offerto (purtroppo!) un materiale enorme di studio, finiranno col non concludere. Non ne hanno, è sottinteso, alcuna colpa; è presumibile che quando si ripresenterà la malattia in forma così grave, e sia fra qualche secolo, le ricerche di laboratorio ne chiariranno la etiologia.

Dicevo, dunque, che oramai tutti gli aspetti presentati dalla pandemia sono chiariti, e si è assodato, precipuamente, essersi trattato di vera e propria influenza. A questo proposito è mestieri ricordare che se alcuni di noi non ebbero alcun dubbio sulla sua natura fin dai primi giorni della sua comparsa molti furono fuorviati. Ed è strano che ci sia ancora chi non è persuaso. Così nel n. 63 di « Gazzetta degli Ospedali », viene descritta come febbre da pappataci (etichetta non più apponibile oggi!) una genuina e grave epidemia d'influenza nel comune di Casoli. Nel n. 71 della stessa Rivista, il prof. Pancrazio finisce col chiamare la malattia « febbre influenzale », quasi temesse di dichiararla influenza.

Ma questo appartiene, oramai, alla storia. Vengo al quesito che mi interessa.

In tanta abbondanza di scritti non mi è capitato di vedere trattato (non escludo che qualche collega vi abbia accennato) un problema, che pure ha importanza pratica e cioè se l'influenza conferisca la immunità, o se, invece, predisponga ad altri attacchi, col significato di vera e propria reinfezione. Nei trattati di patologia si è inclini ad ammettere che chi è stato ammalato di influenza può esserne ancora facilmente colpito, e la grande maggioranza dei medici lo ha creduto e lo crede. Ora, a me è capitato di fare un'osservazione che contrasterebbe con siffatto modo di vedere. Valga il vero. Dalla metà di maggio ai primi di luglio di quest'anno si verificò una prima esplosione della malattia a Spezia fra i militari di marina, tutt'altro che leggera, e l'ospedale dipartimentale ne ricoverò parecchie centinaia. In questa occasione *tutto* il personale infermiere venne colpito dal male: su una forza di circa 80 ne furono ospedalizzati 32; per gli altri, affetti da forma lieve, fu sufficiente la semplice esenzione dal servizio.

Nella seconda metà di settembre la influenza fece la seconda apparizione (e continua tuttora) con caratteri, indubbiamente, di maggiore gravità, ed anche questa volta il nostro ospedale ha accolto molti malati. Ebbene, consultando i registri, si trova che *nessuno* degli infermieri di servizio all'ospedale fino dalla prima epidemia (presso a poco nello stesso numero di allora), cioè a dire nessuno degli infermieri, che ammalarono in maggio-luglio, è stato colpito nella seconda comparsa del morbo.

Ora, che cosa sta a dimostrare la surriferita costatazione, di matematica certezza? La spiegazione più semplice, più ovvia e, oserei dire, più scientifica, è che il primo attacco di influenza, nella primavera-estate, vaccinò gli infermieri, di giusa che nell'autunno sono stati risparmiati, ed è stata, davvero gran ventura, a causa dell'intenso lavoro che si è dovuto compiere.

Se questa osservazione sarà confermata, bisognerà cancellare dalla patologia un errore e considerare l'influenza, dal punto di vista che ci occupa, come il morbillo, la scarlattina, il vaiolo, il tifo, ecc., malattia per eccellenza immunizzante.

Dicembre 1918.

SCOCCIA VINCENZO
Maggiore medico

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DA GUERRA 73 — C. R. I.

Su alcuni casi di cinematizzazione dell'arto superiore.

Dott. ANGELO CHIASSERINI,
capitano medico di complemento, docente.

Durante il mio servizio nell'ospedale di guerra 73 ho avuto occasione di eseguire tre riamputazioni cinematiche dell'avambraccio, ed una parziale della mano.

Quantunque non abbia potuto seguire i pazienti per un tempo sufficientemente lungo a stabilire il valore della cinematizzazione nei singoli casi, tuttavia, data l'attualità dell'argomento, espongo brevemente la tecnica seguita, ed i miglioramenti che si potrebbero apportare, per avere con relativa facilità dei buoni monconi cinematici di avambraccio o di braccio.

1° CASO. — C... L..., ... comp. mitr. Fiat, ferito da bomba a mano il ... luglio 1918. Entra nell'ospedale il giorno 17 luglio. Presenta una ferita lacera con asportazione totale della mano destra; le epifisi radiale e cubitale inferiore sono in gran parte prive di periostio; i tessuti molli all'intorno pesti e sfilacciati, in parte ricoperti di granulazioni di cattivo aspetto. Con medicature giornaliere si trasforma la ferita in piaga ben granulante.

Il paziente viene operato il 29 luglio. Cloro-eteronarcosi regolare; incisione circolare della cute a circa 1 cm. di distanza dal margine libero, e scollamento della stessa, in modo da ottenere un manichetto lungo circa 4 cm. Incisioni sui margini radiale e ulnare parallele a questi, lunghe circa 7 cm., così da delimitare due lembi cutaneo-muscolari anteriore e posteriore, che vengono completati con incisioni trasversali infundibuliformi dei piani tendineo-muscolari. Riamputazione sottoperiostea all'unione del 3° medio col 3° inferiore, causticazione col Paquelin del midollo osseo del radio ed ulna; sutura dei manicotti periostei a ricoprire le superfici di sezione ossea. Sutura con punti staccati in catgut dei muscoli e tendini del lembo anteriore con quelli antagonisti del posteriore, lasciando fra il piano periostale e i muscoli un sottile drenaggio di gomma. Sutura a punti staccati in seta dei margini cutanei: breve drenaggio di garza fra cute e piano tendineo muscolare.

Con un bisturì trafiggo in senso antero-posteriore la clava (*) cutaneo-tendineo-muscolare press'a poco a metà della sua altezza, e, traverso l'apertura, faccio passare un tubo di cute, formato a spese di un lembo rettangolare a peduncolo distale, scolpito sulla faccia anteriore dell'avambraccio. Il lembo è stato trasformato in tubo, avvolgendolo intorno a un drenaggio di gomma, e suturandone i margini con punti staccati in catgut, in modo che la faccia epidermica restasse volta all'interno. L'estremità libera del tubo, fatta passare traverso la clava terminale muscolo-cutanea, dalla faccia palmare a quella dorsale, è suturata ai margini della cute circostante.

(*) Uso il nome di clava, per designare la forma del rigonfiamento muscolare terminale

2° CASO. — Caporale M... P..., ... reggimento fanteria, 4ª compagnia. Asportazione della mano destra per ferita da bomba a mano riportata l'8 luglio 1918. Entra nell'ospedale il 13 luglio. Le estremità radiale e ulnare inferiori destre sono denudate di periostio; lo scollamento si estende per un certo tratto lungo la diafisi radiale; le parti molli all'intorno sono ricoperte di granulazioni flaccide, e presentano porzioni necrotiche. Con medicature giornaliere si migliorano le condizioni locali, senza peraltro riuscire a trasformare in piaga la larga soluzione di continuo; persiste una leggera piressia. Il 7 agosto procedo alla riamputazione sottoperiostea dell'avambraccio destro all'unione fra 3° medio e 3° inferiore, con la tecnica del caso precedente. Anche in questo caso ottengo un moncone terminale tendineo-muscolo-cutaneo lungo circa 4 cm. Date le condizioni locali, che facevano pensare ad un processo osteomielitico dell'estremo radiale, rimetto la tunnellizzazione cutanea ad altro tempo.

Il 15 ottobre, in cloro-eteronarcosi, dopo avere accuratamente escluso dal campo operatorio la parte affatto terminale del moncone (ove esistono tre orifici di brevi fistole sottocutanee), delimito con due incisioni longitudinali, profonde sino all'aponevrosi, sulla faccia flessoria dell'avambraccio, e nel tratto più distale del 3° medio, un rettangolo di cute lungo circa 5 cm. e largo 2 1/2 cm. Il tratto di cute, così delimitato, viene foggiato a tubo, su di un fascio di grossi fili di seta, suturandone i margini opposti con sutura intradermica in catgut, in modo che la faccia epidermica guardi l'interno del tubo stesso. Uno dei tendini del flessore superficiale delle dita, e, più in alto, il fascio muscolare corrispondente, viene isolato e suturato con punti staccati in catgut, al di sopra del tubo cutaneo aponevrotico, al tendine del grande palmare, anch'esso distaccato dalle sue connessioni laterali. I margini dell'incisione cutanea vengono riuniti con punti staccati in seta fra loro, e, ai due estremi, alle parti terminali del tubo cutaneo.

3° CASO. — M... C..., ... reggimento bersaglieri, 8ª compagnia. Asportazione della mano destra per ferita da bomba a mano riportata il giorno 11 ottobre 1918. Entra nell'ospedale il giorno 12 ottobre. Presenta le estremità radiale e ulnare inferiori destre sporgenti; i tessuti molli all'intorno retratti e lacerati. T. 38°.8. Viene operato in narcosi cloro-eterea, poco dopo il suo ingresso nell'ospedale (circa 24 ore dopo il ferimento). Il focolaio d'amputazione traumatica viene completamente isolato dal campo operatorio, e la cute incisa in modo irregolarmente circolare, per risparmiarne i tratti apparentemente sani, e scollata così da formare un manichetto cutaneo aponevrotico di circa 4 cm., che viene rovesciato e stirato in

alto. I piani tendineo-muscolari vengono sezionati in modo da ottenere un lembo anteriore e uno posteriore. Riamputazione sottoperiostea all'unione fra 3° medio e 3° inferiore; sutura del manicotto periosteo, dopo scucchiaiamento del midollo osseo, e, al disopra di esso d'un piano muscolare profondo. Formazione, a spese del tratto radiale del manichetto cutaneo, che è risultato più abbondante, di un lembo rettangolare di cute, che viene arrotolato (faccia carpo e sutura, intorno alla sezione ossea, della guaina muscolo-capsulo-periostea. Asportazione dell'indice, tenuto solo da lacinie di cute, e di schegge del 2° metacarpo. Sutura con catgut dei tendini riuniti del flessore superficiale e profondo dell'indice ad un lembo di cute, che ricopriva dorsalmente la falange dell'indice. Sutura della cute a punti staccati, lasciando dei piccoli drenaggi di garza bagnata in soluzione di Dakin.



Fig. 1. — Ansa terminale secondo Sauerbruch (vedi caso 1°).

epidermica all'interno) su di un piccolo tubo di gomma. I margini opposti più lunghi del lembo rettangolare sono suturati con sutura continua intradermica (catgut 0), e il tubo così formato viene fatto passare dal lato radiale a quello ulnare, al di sopra del piano muscolare profondo, e l'estremità libera fissata ad un tratto del margine ulnare del manichetto cutaneo. Al di sopra (cioè distalmente) del tubo cutaneo suturo fra loro con punti staccati di catgut i tendini e i muscoli del piano anteriore agli antagonisti del posteriore. Sutura a punti staccati dei margini del manichetto cutaneo fra loro e con gli estremi del condotto cutaneo inframuscolare; lasciando un piccolo drenaggio di gomma fra cute e piano muscolare superficiale.

4° CASO. — R... G..., soldato ... reggimento, 3° battaglione, 9ª compagnia. Ferito da granata il 29 settembre 1918 alla mano sinistra; arriva all'ospedale il 30 settembre. Presenta una vasta ferita lacera della mano sinistra, con asportazione del pollice e quasi totale dell'ndice, fratture comminutive del 1° e 2° metacarpo; gravi lesioni delle parti molli. Viene operato in cloro-eteronarcosi il 1° ottobre. Asportazione dei tessuti contusi, lavaggio con ipoclorito. Allacciatura dell'arteria radiale. Asportazione sottoperiostea dei due terzi distali del 1° meta-

Riassumendo, i casi sopracitati possono essere così definiti:

1° *caso*. — Cinematizzazione terminale primitiva ritardata del 3° inferiore dell'avambraccio destro sul tipo di quella di Sauerbruch, con la differenza che il tubo cutaneo fu formato con un lembo rettangolare di cute, prelevato in senso longitudinale sulla faccia flessoria dell'avambraccio, e fatto passare traverso la clava di forza terminale dalla faccia palmare alla dorsale (v. fig. 1ª). Il peduncolo cutaneo fu sezionato al 10° giorno; la parte distale del tubo cutaneo perdette il suo rivestimento epiteliale. Dopo circa due mesi, il tubo cutaneo si trovava trasformato in due profondi infundibuli, di cui quello sulla faccia palmare bene rivestito d'epitelio, quello sulla faccia dorsale incompletamente. I movimenti della clava terminale di forza si compievano con grande energia e notevole estensione (v. figg. 2-3) per ciò che riguarda la flessione e l'estensione; erano possibili anche limitati movimenti di lateralità e di pro-supinazione.

2° *caso*. — Formazione di una clava termi-

nale di forza, sul tipo di quella di Saüerbruch, ma senza tunnellizzazione (v. fig. 2). Guarigione parziale *per primam*. Movimenti flessori-estensori del moncone tendineo-muscolare energici ed estesi.

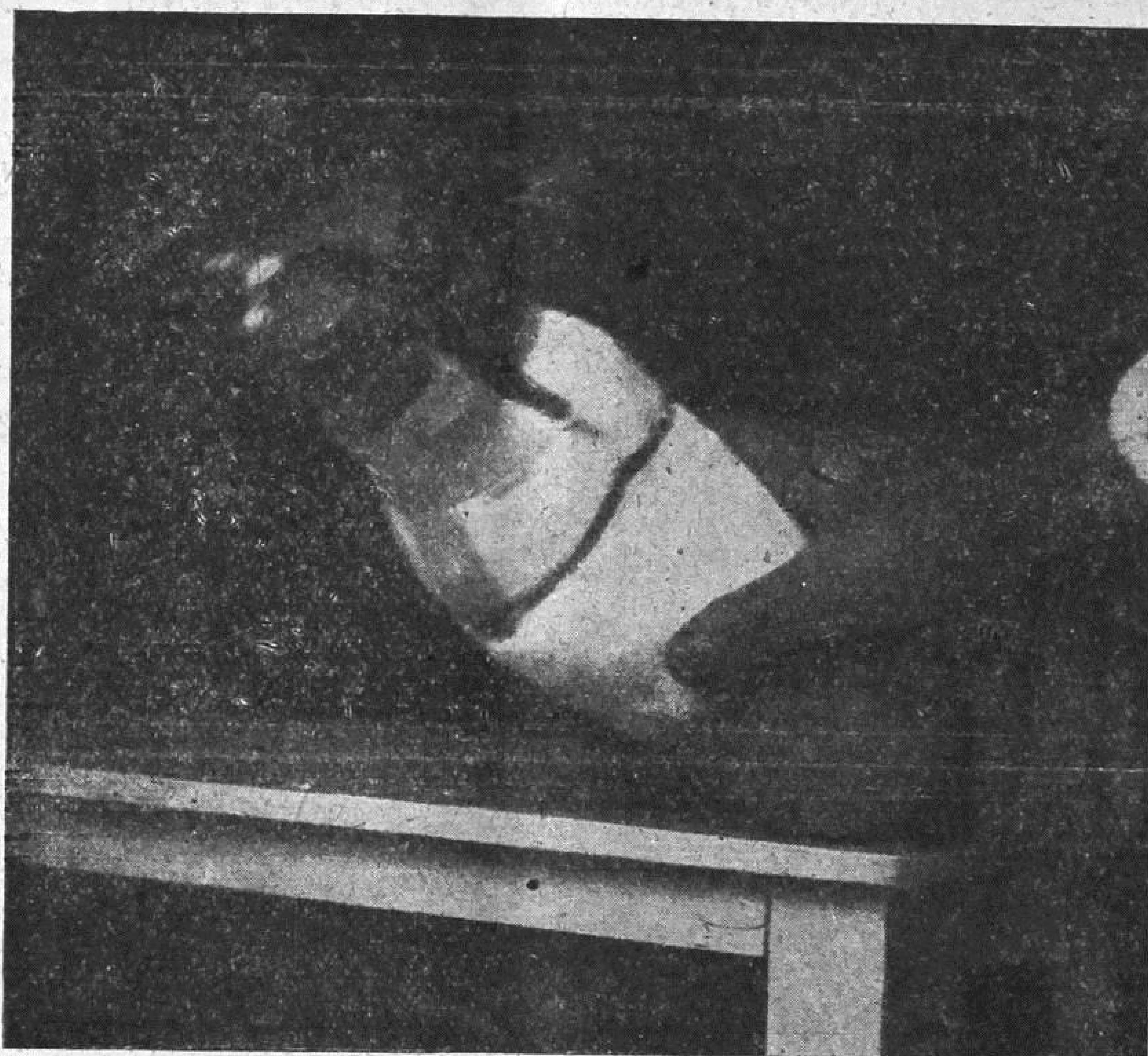


Fig. 2. — Moncone cinematico del caso 1° in flessione (porta un peso di quasi 2 Kg.).

Tunnellizzazione secondaria laterale, sul tipo di quelle eseguite da Delitala-Egidi, con la variante che il giunto cutaneo aveva direzione parallela al lungo asse dell'avambraccio. I tendini-muscoli del piano superficiale furono passati dinanzi al tubo cutaneo ed ivi suturati, dopo averli distaccati dalle loro connessioni laterali. Dovetti lasciare il paziente al 6° giorno dall'operazione; da notizie ulteriori avute

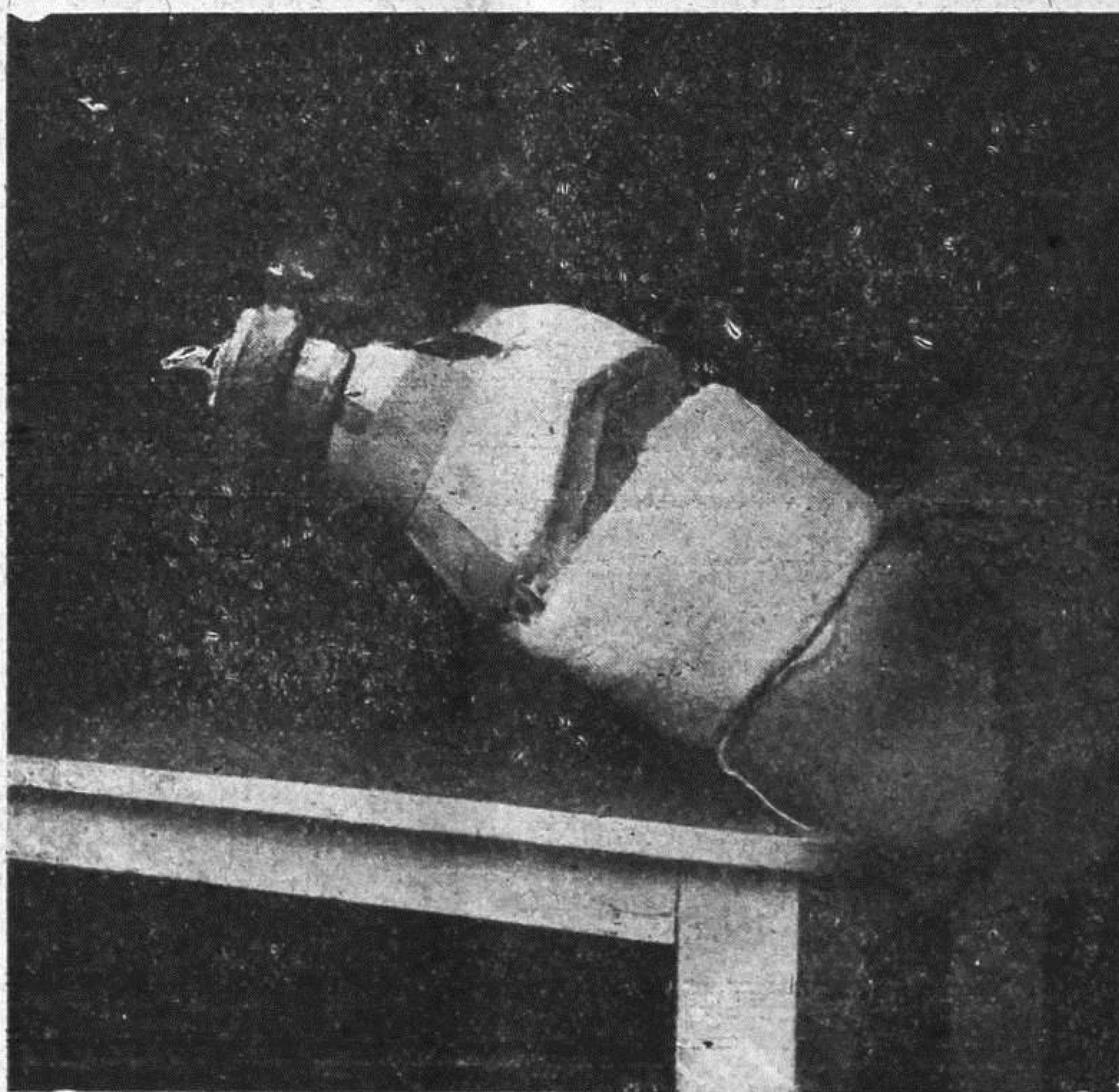


Fig. 3. — Moncone cinematico del caso 1° in estensione (porta un peso di quasi 2 Kg.).

del paziente non pare che i risultati sieno stati brillanti; la qual cosa di per sè non implica nè biasimo, nè lode al metodo.

3° *caso.* — Cinematizzazione primitiva terminale di moncone di avambraccio, con moncone tendineo-muscolare e tunnellizzazione inframuscolare a cielo aperto. Il metodo, che nel principio dell'ansa terminale di forza si accosta

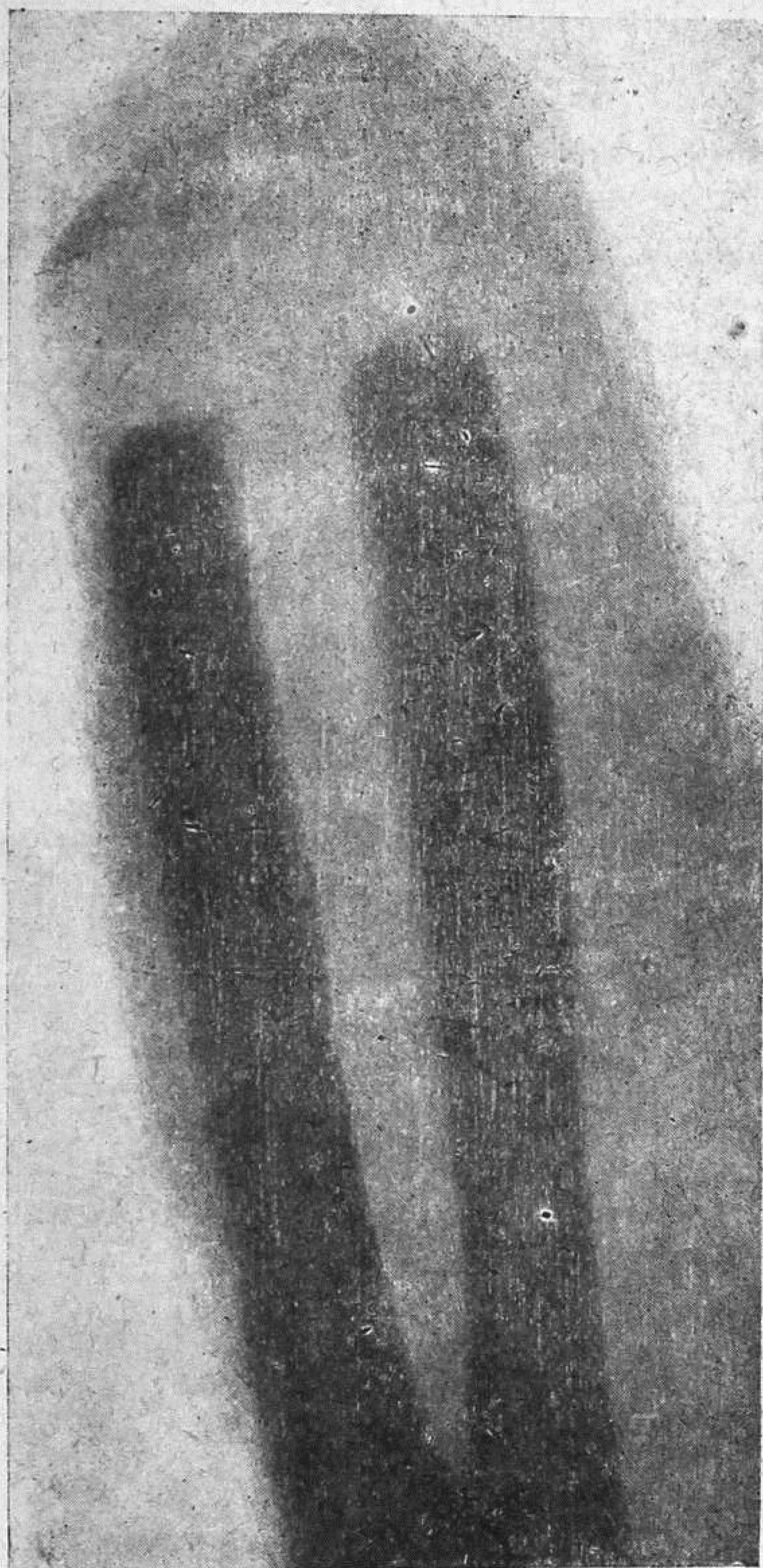


Fig. 4. — Moncone muscolo-tendineo terminale (cinematizzazione transitoria; vedi caso 2°).

a quello di Sauerbruch, ne differisce per il fatto che il tubo cutaneo non viene passato alla cieca traverso il moncone terminale, dopo il suo completamento, ma a cielo aperto tra un piano muscolare profondo e uno superficiale detereminato dall'operatore. Il metodo (v. dopo) credo sia suscettibile di miglioramento.

Anche in questo caso dovetti lasciare il paziente in 8ª giornata: la riunione delle estremità del tubo sembrava però essere avvenuta *per primam.*

4° *caso.* — Cinematizzazione primitiva ritardata su di un moncone di metacarpo, ottenuta con la fissazione del tendine flessore dell'indice alla cute dorsale del dito stesso asportato.

In 20ª giornata, epoca in cui lasciai il paziente, il tratto di cute, cui era stato fissato il tendine, era capace di escursioni flessorie di circa mezzo centimetro.

Una prima osservazione, che mi pare si possa fare dall'esame di questi casi, è quella della possibilità di poter ottenere monconi cinematici di avambraccio e di mano anche con amputazioni primitive ritardate (24 ore e più dal traumatismo). Ciò presuppone che l'operatore abbia la possibilità di osservare giornalmente il moncone cinematizzato, e per un periodo di tempo abbastanza lungo. I vantaggi delle cinematizzazioni primitive, per ciò che riguarda l'economia dello scheletro da sacrificarsi, sono evidenti.

Ulteriori osservazioni dovrebbero riguardare i vantaggi e gli svantaggi dei monconi di cinematizzazione terminale rispetto a quelli laterali. Naturalmente io non intendo parlare di tutte le svariate forme di cinematizzazione dei monconi di avambraccio e di braccio, ma di alcuni dei tipi più recenti: quello ad ansa terminale tendineo-muscolare, e tunnellizzazione alla Sauerbruch; quello a giunto cutaneo a doppio peduncolo secondo Delitala-Egidi. Senza andare a ricercare a quali metodi si sono ispirati i sopracitati AA., il fatto si è che essi hanno cercato di sistematizzare la cinematizzazione, specie dei monconi di arto superiore, facilitandone il tempo finora considerato più difficile, vale a dire la epitelizzazione di un tratto di moncone, trasformato in modo da rendere possibile la trasmissione della forza dalla protesi naturale a quella artificiale.

Ho letto gli articoli di Egidi e Delitala, sul loro metodo di tunnellizzazione laterale per infossamento cutaneo; ho veduto anche i due pazienti operati da Egidi, ed ho osservato il metodo stesso messo in pratica in un caso dal prof. Alessandri. Il metodo è certamente abbastanza semplice, e la nutrizione del tubo cutaneo assicurata in primo tempo meglio che nel metodo di Sauerbruch, in quanto il tubo ha due, invece che un solo peduncolo. Ha inoltre il vantaggio di permettere all'operatore la scelta dei tendini e muscoli, che debbono agire come motori.

Il moncone terminale di forza alla Sauerbruch ha d'altra parte dei vantaggi notevolissimi, che dovrebbero farlo prediligere senz'altro, se potesse essere tunnellizzato a cielo aperto, e se al tubo cutaneo potesse essere assicurata una nutrizione più certa. Già teoricamente la riunione diretta ad ansa dei muscoli antago-

nisti, senza accorciamento dei medesimi, fa pensare che la forza e l'ampiezza d'escursione sieno assai maggiori delle cinematizzazioni a giunto laterale, ove il braccio di leva è accorciato e l'escursione limitata dalla fissità degli attacchi del tubo cutaneo; inoltre i movimenti si compiono direttamente in senso per lo meno duplice (flessorio-estensorio), il che richiede invece un doppio giunto laterale. Queste supposizioni teoriche sono confermate dalla pratica (v. casi n. 1 e 2).

Una semplificazione del metodo dei giunti laterali consisterebbe, secondo me, nel formare il tubo cutaneo, da affondare, parallelamente e non perpendicolarmente all'asse dell'avambraccio, in modo da rendere possibile la formazione del piano tendineo-muscolare pretubulare col semplice distacco delle connessioni laterali dei tendini-muscoli, e la loro fissazione al dinanzi del tubo cutaneo. Applicai questo metodo nel caso n. 2, che già possedeva un moncone terminale di forza, non potei però seguire il paziente che per breve tempo. Ma, sia che si voglia dare maggiore importanza alla facilità di trasmissione del movimento dalla protesi vivente a quella artificiale, sia alla forza e all'estensione con cui il movimento si compie, io credo si debbano preferire i monconi terminali tendineo-muscolari alle anse laterali, quando si possa trovare un metodo facile e abbastanza sicuro di tunnellizzazione cutanea, sia essa completa o incompleta. Il metodo è stato da me parzialmente attuato nel *caso n*, 3. Io credo che esso potrebbe essere completato nel modo seguente:

Sezione circolare della cute fino all'aponevrosi sui tratti mediani della faccia anteriore e posteriore dell'avambraccio; la linea di sezione, avvicinandosi ai lati radiale e ulnare, s'incurva distalmente, in modo da delimitare due lembi di cute (uno radiale, l'altro ulnare) ovalari, lunghi circa 4 cm. e larghi 2, con la base a livello della linea di sezione circolare. I due lembi vengono dissecati, insieme con l'aponevrosi, e rialzati per qualche centimetro con tutto il manichetto cutaneo. Formazione di due lembi tendineo-muscolari anteriore e posteriore; riamputazione sottoperiostea; sutura del manicotto periosteo sulle superfici di sezione ossea, le quali vengono ulteriormente ricoperte dai fasci dei muscoli più profondi. Formazione a tubo (epidermide all'interno) dei due lembi cutanei, con sutura intradermica, e loro passaggio al di sopra (distalmente) dello strato muscolare profondo sopradescritto. Le estremità distali dei due tubi cutanei possono essere suturate fra loro, in modo da costituire un tubo unico, o chiuse e fissate l'una all'altra e ai tessuti circostanti, in modo da formare due tubi a fondo cieco, due infundibuli termino-laterali. Formazione di un grosso piano tendineo muscolare pretubulare, passando distalmente al tubo, e suturandole fra loro, le estremità tendineo-muscolari degli antagonisti. Sutura dei margini liberi del manichetto e dei peduncoli dei tubi cutanei ai margini della cute circostante. I tubi cutanei vengono mantenuti pervi con tubi di *caoutchouc* invasellinati; le condizioni della sutura sono esaminate giornalmente.

Questo metodo, che in ultima analisi dovrebbe fornire un moncone cinematico terminale tendineo-muscolare, con tunnellizzazione cutanea inframuscolare completa (ad ansa) o incompleta (infundibulare), a me sembra possa accoppiare ai vantaggi delle anse di forza terminali, i benefici delle tunnellizzazioni cutanee eseguite a cielo aperto e con doppio peduncolo.

Zona di guerra, ottobre 1918.

NOTE DI TECNICA.

Nota preventiva su di un apparecchio gessato a trazione per fratture del femore

del dott. LUIGI CERCHIONE
cap. med. caporep. nell'osped. da campo n. 008
diretto dal ten. col. dott. cav. ANTONIO MAGLIOLI.

Fra i tanti apparecchi che trovansi illustrati in tutti i trattati, quello che descrivo pare sia di attualità per la sua semplicità, per la sua praticità e per il risultato definitivo.

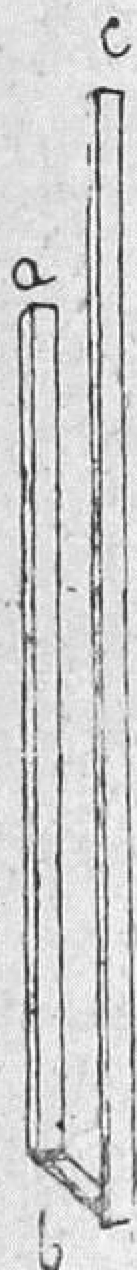
Io applico già da diversi mesi detto apparecchio ed è stato certamente osservato negli ospedali territoriali, ove i miei feriti sono stati smistati.

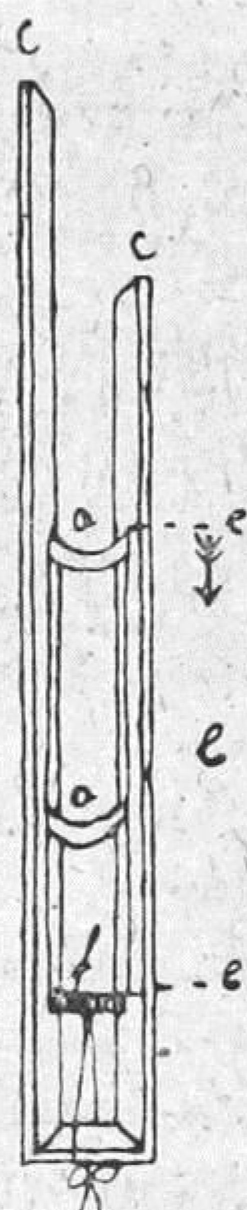
Essenzialmente esso è una modificazione del grande apparecchio Bassini per la cura deambulatoria della frattura del femore. Tale apparecchio è gessato ed è di grande utilità, specialmente in guerra, perchè immobilizza mirabilmente e così permette il trasporto dei feriti a grande distanza, esercita poi la trazione costante dell'arto, calma i dolori, diminuisce i fenomeni infettivi e favorisce la riparazione.

Tutti gli apparecchi a trazione debbono avere come corollario: piano inclinato, carrucola, molla, pesi, viti, ecc.; ma la trazione non corrisponde mai completamente allo scopo se non dietro vigile sorveglianza, perchè il ferito, per ovviare e diminuire il senso del peso, o cerca di puntare le dita dell'arto ferito, o trova qual-

che altro mezzo per eludere la vigilanza degli infermieri, o, quello che è peggio, cerca costantemente di rotare il bacino dalla parte della trazione e di conseguenza lo devia.

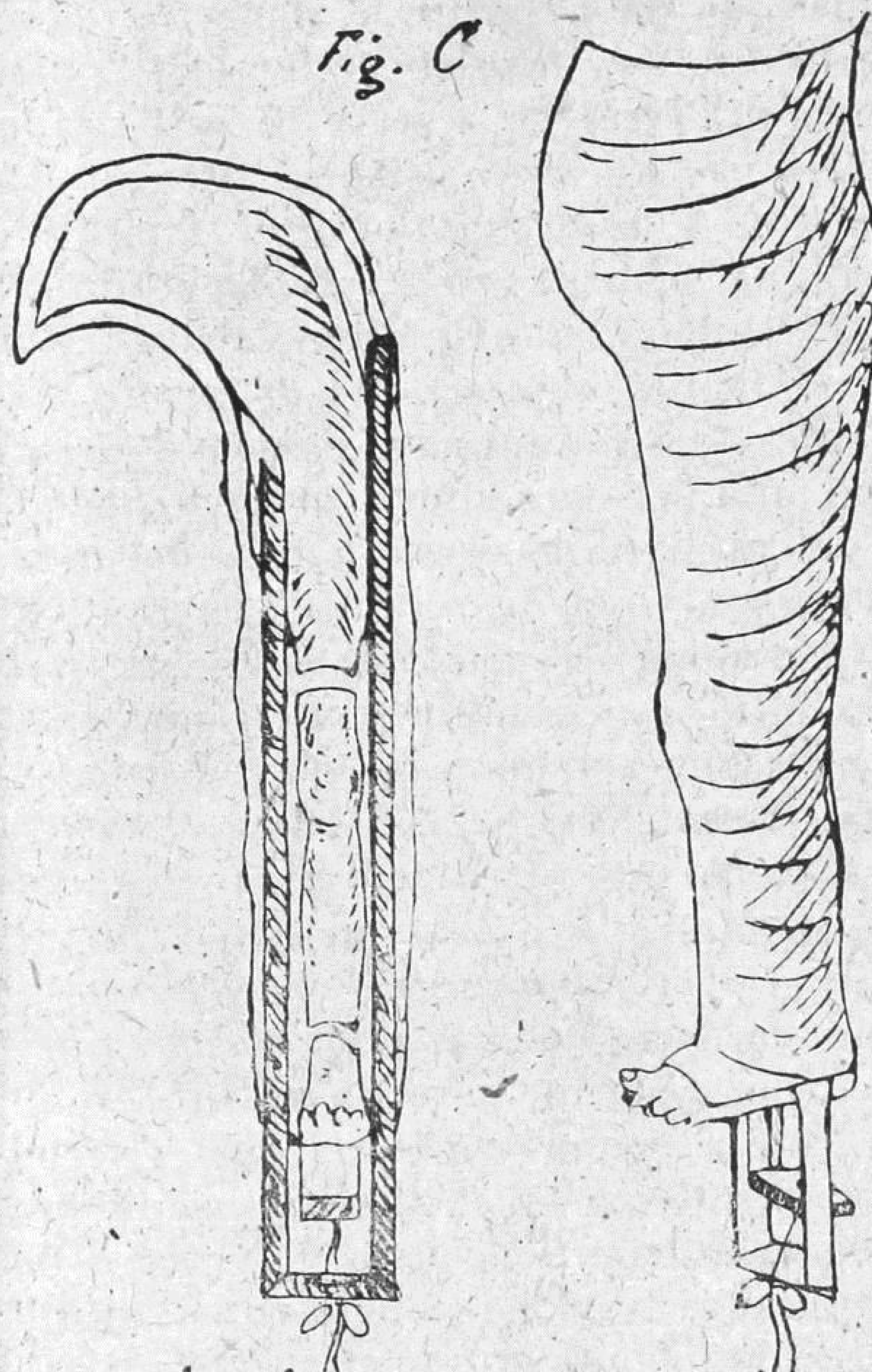
Mi si può obiettare che il mio apparecchio può apportare compressione, escare, atrofie: ciò è vero, ma tutto dipende dalla diligenza nell'esecuzione dell'apparecchio. Per evitare o prevenire inconvenienti si pratichino delle finestre in corrispondenza delle ferite per rimuovere le medicature, ed anche degli spioncini





lungo l'asse dell'apparecchio, sorvegliando la temperatura ed il sintomo del dolore.

Il materiale per la confezione di esso consiste: in una lamina di zinco o di rame, larga da tre a quattro centimetri e della lunghezza di circa m. 1.90; in strisce di cerotto; in fasce gessate. La lamina metallica viene piegata a mo' di staffa (figura *A*), che abbia un lato, l'esterno (*c*), di circa m. 1, e cioè che vada fino al centro della cresta iliaca, e un lato interno che vada alla piega inguinale (*a*). Il primo tempo è uguale a tutti i comuni apparecchi di trazione, cioè l'applicazione delle liste di cerotto lungo l'asse (figura *B* = *e e*) dell'arto ed elicoidali (figura *B* = *a a*) non circolari per non impedire la circolazione reflua, subito dopo il focolaio di frattura; si ovatta bene l'arto e, possibilmente sotto cloronarcosi, si inizia l'ingessatura; quando son fatti tre o quattro giri di fascia si applica la lamina di zinco, avendo cura che la staffa sia più lunga dell'ansa di cerotto, e si completa l'ingessatura a consistenza dovuta; infine si lega l'ansa del cerotto, ove è stata applicata una tavoletta rettangolare (figura *B* = *F*) alla staffa metallica. È ovvio dire che la controestensione è esercitata dall'apparecchio gessato ove è inglobato con la lamina di zinco (figura *C*) e che comprende tutto il bacino. Appena un fratturato arriva nel reparto gli viene eseguita una radiografia che consiglia più o meno l'intervento. Deciso il da



farsi, sotto cloronarcosi si pratica una scheggiatomia sottoperiostea, cercando di salvaguardare e non molestare troppo il periosteo, perchè sappiamo che esso riproduce costantemente una massa ossea avente la forma e il volume delle parti ossee asportate. La guerra, che ha moltiplicato le nostre osservazioni, ci ha dimostrato che basta la semplice irritazione dello staccaperiosteo e il consecutivo stimolo dello stuello di garza per ridargli una forza di riparazione ammirabile di forma e di rapidità.

Unica raccomandazione è che l'intervento sia quanto più possibile pronto, per tema che il periosteo divenga inattivo per una prolungata infezione acuta.

La trazione continua, senza pesi, nei monconi di amputazione non suturati,

Maggiore medico BELLANDI prof. ERNESTO,
Caporeparto nella R. Clinica chirurgica di Pisa.

Nel giornale *Il Policlinico* (sezione pratica, n. 36) il Fiori riferisce di avere applicato il sistema della trazione continua mediante pesi, secondo fu suggerita nel 1916 dal Ferraresi (*Riv. Osp.*, 1916, n. 21), nei monconi di amputazione, e cioè alle parti molli di tali monconi non suturati.

Condivido pienamente l'idea che, ad impedire nel moncone di amputazione non suturato la successiva conicità per la retrazione delle parti molli, occorra fare appunto una trazione su queste in modo da ricoprire il moncone osseo; e la stessa direttiva ho sempre avuto io pure, ma mentre il Ferraresi si serve di pesi per la trazione, io uso un altro sistema, ottengo cioè un sacchetto, a somiglianza, direi quasi, di confettiera, del moncone di amputazione. Infatti, quando è dominata l'infezione della ferita operatoria, applico quattro anse di cerotto fortemente adesivo a V attorno al moncone di amputazione, una per ogni lato, e in modo che gli estremi dell'ansa siano verso la base del moncone e l'apice a circa due dita trasverse all'indietro dell'estremo del moncone; ma quest'apice non vien fatto aderire alla cute, bensì vi si annoda un robusto filo di seta che si lascia assai lungo. Terminata la disinfezione della ferita, essa viene zaffata con abbondante garza, in modo da fare una prominenza all'estremità del moncone di amputazione; si ricopre questo rialto con due compresse di garza, ciascuna nell'asse occupato dalle due anse opposte di cerotti, in modo che la compressa con i suoi estremi vada a porsi sotto gli apici di esse anse; allora mentre un assistente tiene fisso il centro della medicatura, si fa trazione su ogni coppia di fili opposti, e si annodano al centro, da prima con un nodo chirurgico che impedisce lo scorrimento, poi con un fiocco.

Così i tessuti molli vengono stirati con punto di appoggio sull'estremo del moncone osseo. Alla successiva medicatura non v'è che sciogliere i fili, medicare e ripetere il procedimento suddetto. Questo evita dunque l'immobilità a letto, e tanto più il fastidio dell'apparato per la trazione con i pesi. I risultati sono gli stessi, come ho avuto agio di constatare in vari monconi di amputazione con lembi sia sufficienti che insufficienti, e tali da avere nel primo caso un moncone ben provvisto di parti molli, per applicare poi un apparecchio di protesi con appoggio su tutta la superficie del moncone e non solo sulla sua periferia, come ancora da taluni erroneamente vien praticato per gli arti inferiori, cagionando allora esso apparecchio la conicità del moncone di amputazione che trovavasi dapprima invece in buone condizioni per una protesi razionale.

Pisa, 15 settembre 1918.

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene:

I. Prof. A. SORESI: *Il drenaggio alla paraffina.*

II. Dott. R. MOSTI: *La derivazione ipogastrica dell'orina nel trattamento delle ferite dell'uretra.*

(12)

NOTE CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI SANTA MARTA IN ROMA.

Contributo al significato prognostico delle extrasistoli cardiache

per il prof. GIOVANNI GALLI, direttore del reparto per cardiaci.

Un tipo di aritmia cardiaca, assai frequente nei due sessi ed in ogni età, nei lattanti come nei vecchi, in dipendenza colle più svariate cagioni, di facile diagnosi — almeno il tipo ventricolare — anche senza l'aiuto di strumenti, ma che per contro, non di rado viene inesattamente interpretato dal punto di vista prognostico è l'*extrasistole*, o *sistole frustranea*, o *sistole prematura*, o *precoce*, o *estranea*, o *passo falso del cuore*, come dir si voglia.

L'extrasistolia fu giudicata troppo spesso di significato clinico grave; un egregio nostro clinico parla di un *tripode miocarditico* per la diagnosi della miocardite. Una gamba di questo in realtà debole tripode è appunto l'extrasistolia, le altre due sono l'aumento dei diametri del cuore e l'opacamento del primo tono alla punta.

È ancora diffuso tra i medici pratici il concetto, che l'extrasistole sia una manifestazione cardiaca di triste augurio. Non appare quindi inopportuno nell'interesse della medicina, e quel che più importa dei pazienti, di volgarizzare la proposizione opposta: *non essere la extrasistolia assolutamente un segno di prognosi grave e tanto meno il sintomo di una lesione miocarditica.*

Com'è noto, l'extrasistole è provocata da uno stimolo fuori del tempo normale, che determina nel cuore una contrazione intempestiva, precoce, anticipata e di forza minore delle normali. Ogni parte del cuore può essere sede di queste sistoli premature ed incomplete, per cui si conoscono extrasistoli ventricolari, atriali, sinusali e atrio-ventricolari, secondo che il punto di partenza di queste sistoli eccezionali sta nel ventricolo, nell'atrio, nel seno o nel fasciculo atrio-ventricolare. Le più frequenti di tutte queste extrasistoli sono le ventricolari, le quali si esplicano nelle arterie con una pulsazione precoce e meno ampia delle normali, cui segue una pausa più lunga dell'abituale. Quando l'extrasistole è periodica, per es., ad ogni seconda sistole, si ha il notissimo polso bigemino, così frequente ad incontrarsi nell'uso della digitale.

Questa specie di zoppicamento dell'azione cardiaca, causato dalle extrasistoli, può passare del tutto inavvertito, ma spesso invece (tanto più se vi si concentra l'attenzione) si ac-

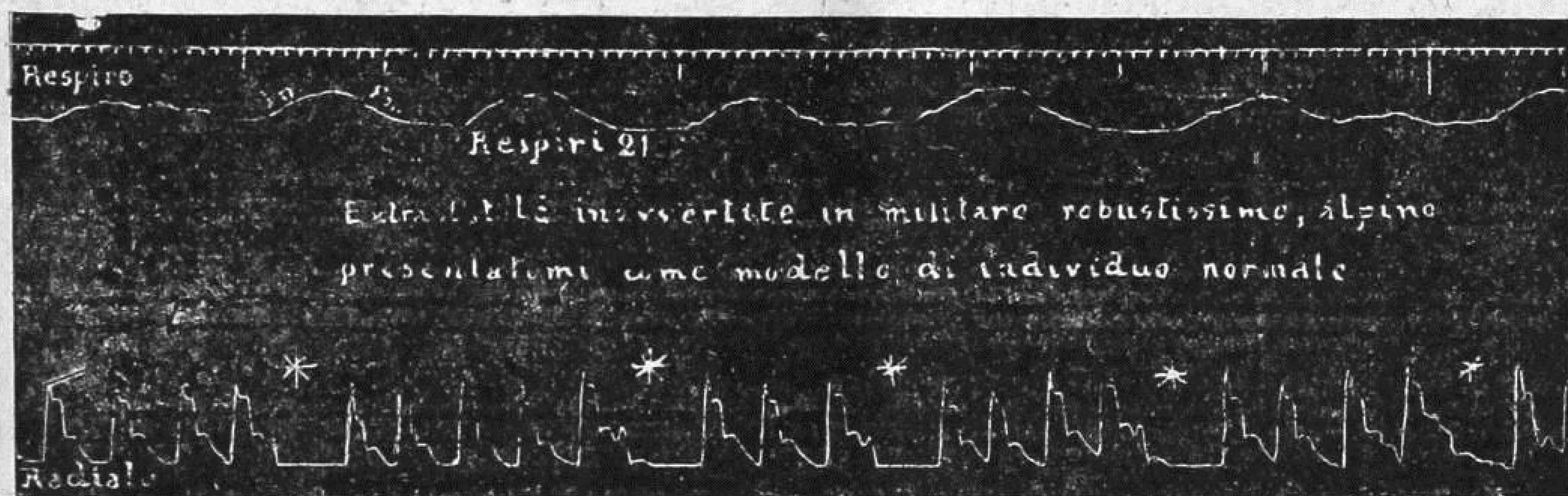
compagna a sensazioni spiacevoli come di urto nel precordio, di arresto del cuore, di vertigine passeggera, e l'individuo può entrare in uno stato di allarme anche grave e credersi seriamente malato di cuore.

L'extrasistole si incontra nelle circostanze più svariate e mostra la massima instabilità. Quante volte non ha ciascuno di noi osservato cardiopazienti gravi ed agonici senza extrasistoli, e d'altra parte come non possono essere queste pertinaci in individui con buone condizioni di salute generale! Le cause più varie sono state messe in campo come provocatrici dell'extrasistolia: cause gastriche, intestinali, persino uterine, avvelenamenti cronici, abusi di tabacco, di caffè, di tè, alcoolismo, arteriosclerosi, nevrastenia, emozioni, strapazzi, traumi, ecc., ecc.

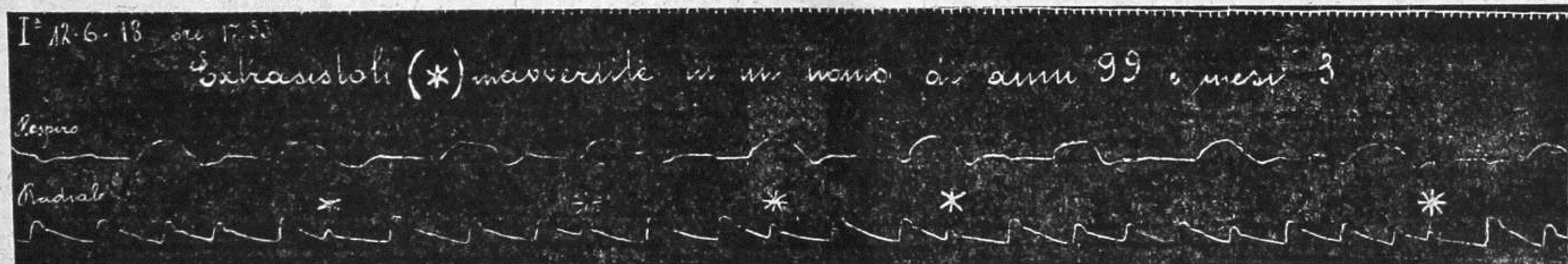
Il reperto cardiaco di individui i quali durante la vita avevano presentato extrasistolia anche frequente, e morti, per es., per malattie intercorrenti, o per traumi, è di solito negativo, mentre abbastanza frequentemente può il reperto anatomico del cuore essere positivo, con la presenza di zone sclerotiche, pur non essendosi durante la vita constatati sintomi cardiaci, e tanto meno extrasistolia. Tutto induce quindi a credere, che l'extrasistole abbia una dignità diagnostica scarsa e infida ed un valore prognostico ben limitato.

Come contributo a questo deprezzamento del significato clinico delle extrasistoli mi è dato portare due esempi tipici recentemente offertisi alla mia osservazione.

Nel primo caso si trattava di un giovane soldato, di costituzione robusta, con masse muscolari bene sviluppate e toniche, che da lungo tempo incorporato negli alpini, aveva preso parte attiva alla guerra ed era stato anche ferito. Avendo io pregato un chirurgo perchè mi mandasse nel reparto un soldato sano e robusto, allo scopo di prendere tracciati della pressione espiratoria in un individuo normale, il collega mi mandò il soldato in parola. Prendendo lo sfigmogramma mi accorsi subito che questo individuo robusto, e senza la minima traccia di disturbi subiettivi, e con cuore obiettivamente sano, presentava extrasistoli numerose ed evidenti, come risulta dall'unita figura.



Il secondo caso è ancora più interessante per la sua rarità. Si tratta di un signore nel suo centesimo anno di vita. Egli è un magnifico e singolare esempio di una sana longevità, senza disturbi speciali e tanto meno cardiaci. Il portamento di questo centenario è meraviglioso; cammina diritto della persona, può stare in piedi lungo tempo senza provare stanchezza, fa raramente uso del bastone. È un uomo contento di vivere, con voce forte, con cute rosea e scarse rughe, capelli conservati, con appetito buono e sonno ristoratore. Insisto nel fatto che egli non ha mai avuto, e non ha, disturbi cardiaci e che può compire una fatica (per es., fare un ramo di scale) senza venire preso da sproporzionata dispnea. Esce solo in carrozza da piazza, prende parte e si interessa vivamente alla vita e all'ambiente che gli sta intorno.



Studiando l'apparecchio della circolazione di questo centenario che descriverò in un prossimo lavoro, anche per la presenza di una singolare respirazione, a tipo alternante, credo unica in letteratura, mi accorsi subito che il ritmo del suo cuore era irregolare, e come ri-

sulta dall'unita figura, per numerose extrasistoli, subiettivamente del tutto inavvertite (1).

Abbiamo quindi in questi due casi, opposti nel decorso della vita, due esempi dimostrativi di extrasistolia senza il minimo disturbo subiettivo e con una capacità funzionale cardiaca più che lodevole.

Assai probabilmente se il medico avesse attirato l'attenzione su questa aritmia, sarebbero insorti anche disturbi subiettivi. È un punto di interesse pratico, che merita di essere accennato. L'auto-osservazione può essere assai dannosa ed il medico non sarà mai abbastanza prudente nel suo contegno. Gli studiosi di cardiopatologia sono passati tutti per una malattia cardiaca, avendo applicato a se stessi, naturalmente in maniera impropria, qualche sintomo speciale osservato nei pazienti, oppure letto nei libri. Peter Frank racconta di essersi creduto per un certo tempo affetto da aneurisma dell'aorta; nei giovani studenti, che s'iniziano allo studio delle malattie di cuore, insorge non raramente cardiopalmo, provocato dal timore di essere affetti da una cardiopatia. Quando quindici anni or sono cominciavo lo studio dell'arterio-sclerosi addominale, io ero seriamente preoccupato di essere affetto da questa malattia, perchè sembravami di trovare nel mio corpo alcuni dei sintomi enunciati, come caratteristici della sclerosi addominale.

Tranquillizzare il portatore di extrasistoli, fattosi nervoso per auto-osservazione, persuaderlo di non più toccarsi il polso, spingerlo all'attività muscolare, sono i mezzi sovrani per combattere l'extrasistolia. Quanto maggiore autorità ha il medico, tanto più efficace è il risultato, come d'altra parte grande può essere il danno quando il medico emette prognostico infausto. Giustamente ha scritto quell'assennato clinico del Krehl, che noi spesso interveniamo terapeuticamente con mano rozza ed inesperta nei delicati congegni dell'apparecchio della circolazione, e, aggiungo io, spesso parliamo per aver sentito dire senza base pratica e non teniamo nel debito conto la psiche umana.

« Col progredire degli studi sperimentali — scrive giustamente il nostro Castellino — si è da fisiologi ad oltranza voluto portare integralmente, senz'altro, al letto dell'infermo il risultato delle indagini del laboratorio sui nervi e sui gangli messi a nudo della rana, del coniglio, del cane; tendenza tanto più dannosa in quanto faceva apparire tutte le considerazioni poggiate su base solida, perchè fisiologica. Martius denomina tale stato di cose *fisiologismo apparente*, e tutti coloro che più di recente si sono occupati di questi disturbi non possono a meno di convenire che ben poco a tutt'oggi la fisiologia può illuminarci sui disturbi nervosi del cuore ».

Nella patologia umana, pur non sdegnandosi il concorso utilissimo delle altre branche dello scibile medico, deve permanere sempre in prima linea l'osservazione diretta e continua nell'uomo malato. La storia della cardiopatologia moderna è a tal proposito interessante.

Fondamentale è stato il lavoro dei fisiologi; le loro ricerche pazientissime ed ingegnosissime e le acute deduzioni di qualche clinico (Wenckebach) hanno trasformato il nostro sapere e non senza grande rispetto dobbiamo ricordare i nomi di Gaskell ed Engelmann; ma si è andato al di là del segno, trasportando senza correzione le scoperte sul cuore della rana nella patologia del cuore umano, che ha una costruzione muscolare ed un appannaggio nervoso e psichico alquanto diversi.

Anche l'interpretazione delle extrasistoli non ha migliorato sotto il dominio della dottrina fisiologica, applicata senza controllo clinico. Considerate quali segno di stanchezza cardiaca, era facile il passo verso l'uso sistematico dei cardiocinetici, con i relativi danni psichici sul soggetto, che così aveva in mano la prova medicamentosa della sua *cardiopatia*, o *miocardite*. Di regola quindi — vi è qualche eccezione — i cardiotonici sono da bandirsi nella cura delle extrasistoli. Talora anzi essi provocano l'extrasistole, rallentando il ritmo del cuore; per es., è noto il polso bigemino dopo l'uso della digitale.

Considerate come dipendenti da uno stato di aumentata irritabilità del miocardio, era razionale che si ricorresse, nella cura delle extrasistoli, all'uso — dannoso quasi sempre — dei bromuri, dei narcotici e simili, mentre l'osservazione pratica ci ha dimostrato che talora invece è utile l'amministrazione, per es., degli stricnici (*sic!*), i quali dovrebbero aumentare, come ci insegnano la fisiologia e la materia medica, lo stato irritativo del miocardio.

Se ci teniamo fermi sull'osservazione clinica, è da credersi, quindi, che le *extrasistoli*, riscontrandosi in sani e malati e mancando spesso in cardiopazienti gravi, *hanno un valore diagnostico assai infido*. D'altra parte, noi non dobbiamo *mai richiamare l'attenzione del sog-*

(1) Il lavoro compare negli *Archives des maladies du cœur*: *Un caso di respirazione alternante; sua analogia col polso alternante.*

getto su questo sintoma obiettivo (1). Se infine l'extrasistole è percepita subiettivamente, *il miglior trattamento medico sta di regola fuori del cuore e sopratutto in una tranquillizzazione del soggetto.* Il risultato può essere immediato, se la parola del medico è autorevole, ferma e persuasiva!

(1) In medicina militare il danno è doppio; chi sa di avere delle extrasistoli può coltivare questo sintoma ed ottenere licenze e magari la riforma. Io ho visto militari, nei quali era stata fatta la diagnosi di *miocardite* per la presenza di extrasistoli banali, senza altri sintomi obiettivi di maggiore importanza.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Reazione di Wassermann e studî biologici della sifilide in rapporto con la cura come mezzi di lotta contro la sifilide.

(A. v. Wassermann. *Deut. Mediz. Woch.*, 15 agosto 1918).

Dopo la scoperta di Schaudinn, non esiste sifilide senza la spirochete pallida; sappiamo sicuramente che la vita del parassita è molto limitata e corta al di fuori dell'individuo, quindi la lotta contro la sifilide si può riassumere nello sterminio dello spirochete nell'uomo, trascurando il mondo esteriore.

Tanto maggiori risultati noi potremo conseguire nella lotta se giungeremo a sorprendere gli spirocheti nel periodo dell'attecchimento, se potremo usare un rimedio specifico spirocheticida.

I mezzi adatti per questo scopo sono costituiti dai progressi moderni delle conoscenze sulla sifilide:

1° la ricerca dello spirochete di Schaudinn;

2° la ricerca della reazione di Wassermann;

3° l'uso dell'arsenobenzolo come spirocheticida.

Seguendo i malati, dall'inizio dell'infezione, traiamo dai tre mezzi, che la clinica moderna ci fornisce, insegnamenti importanti per la concezione di una cura razionale della sifilide.

L'esame microscopico del prodotto dell'accidente primario ci fa scoprire lo spirochete di Schaudinn. In questo periodo dell'infezione invece l'esame del sangue non rivela alterazioni nelle proprietà deviatrici del complemento e la Wassermann ci risulta negativa.

Se saggiamo il sangue del paziente dopo un tempo più o meno lungo, troviamo delle modificazioni del siero del sangue, per le quali la reazione di Wassermann diviene positiva. In questo tempo possono comparire manifestazioni generali della malattia, possono mancare. Si inizia un trattamento specifico: i sintomi, se erano presenti, scompaiono, la WR. diviene negativa, ma il medico cauto e sperimentato non potrà assicurare la guarigione, e alla previdenza delle recidive volge ogni sua risorsa terapeutica.

Un tale schema del corso di una infezione sifilitica, di osservazione comune, rivela che nella sifilide esistono due stadî biologicamente separati, uno *dell'affezione iniziale, in cui la WR. è negativa*, uno *posteriore con WR. positiva.*

Non si può dire che questi due stadî siano in esatta corrispondenza con quelli che la clinica chiamava manifestazioni primarie e secondarie, poichè la WR. può da tempo essere comparsa quando ancora nessun sintoma del secondo periodo è manifesto e il malato resta per il medico nella sua manifestazione primaria.

Importante diviene la divisione in un primo periodo con WR. negativa e in un secondo con WR. positiva, e per l'origine delle modificazioni che alla WR. positiva conducono e per il diverso comportamento dei parassiti della sifilide, nei rispetti della terapia spirocheticida, quando determinano la manifestazione primaria da una parte, quando determinano la comparsa della reazione di Wassermann dall'altra.

Questa è creata dai rapporti reattivi tra spirocheti e tessuti dell'organismo infetto. Le sostanze, che noi possiamo rivelare nel sangue con la R. di W., non trovano la loro origine e fonte nel sangue, ma fuori di esso, nelle cellule dei tessuti. Nel sangue si raccolgono le sostanze reattive che provengono dai tessuti colpiti dalla infezione sifilitica.

Tale modo e sede di formazione può essere facilmente provata: se noi osserviamo dei pazienti che unico focolaio clinico dell'infezione sifilitica hanno in una irite, possiamo rinvenire la reazione del siero del sangue negativa, ma se pratichiamo la paracentesi della camera anteriore dell'occhio ed esaminiamo il liquido che se ne cava, troviamo che in esso la reazione è positiva (Leber). La constatazione prova che le sostanze le quali dànno la WR. si formano nei tessuti, nei quali hanno sede gli spirocheti. Un fatto analogo si può constatare nel liquido cefalo-rachideo nelle malattie sifilitiche del sistema nervoso: in esso già la WR. può essere positiva, quando ancora nel siero

del sangue è negativa: *le sostanze specifiche, cioè, si formano nell'organo e nel tessuto malato.*

Secondo l'A. tali reperti sono sufficienti a dimostrare che *la comparsa della WR. positiva è segno che gli spirocheti, passati per il sangue o per la linfa nei tessuti, devono essersi installati in essi, e costituendo dei focolai metastatici, abbiano determinato la produzione di sostanze specifiche, che si sono versate nel sangue circolante.*

Nel periodo invece che precede la comparsa della R. di Wassermann noi abbiamo da fare con spirocheti che si trovano in una stretta cerchia di tessuti ma non giungono a provocare una attività reattiva dei tessuti del corpo sugli spirocheti eventualmente penetrati.

Il punto importante della questione non è tanto la constatazione e la interpretazione di questi fatti, ma il comportamento differente, nei riguardi della terapia specifica, presentato dalle infezioni limitate, con WR. negativa, e da quelle con WR. positiva (lesioni metastatiche). L'A., in base all'esame di ricco materiale, è entrato nella convinzione che *la guarigione serologica definitiva di due stadî biologici è differente, e che mentre nelle lesioni primarie essa si può ottenere rapidamente, con difficoltà ed incertezza si ottiene nelle invasioni di focolai che hanno determinato la comparsa della WR.* Si può quasi costruire una scala di cui al principio (*periodo prereattivo*) si riesce nel 100 % dei casi ad allontanare gli spirocheti definitivamente, poi la sterilizzazione diviene più difficile (*periodo reattivo*) fino al punto da richiedere una eroica persistenza nelle misure curative.

In tale constatazione si contiene un'affermazione troppo importante e scientificamente e nei riguardi della pratica: l'infezione sifilitica guarisce radicalmente finchè essa è sorpresa e combattuta allo *stato di infezione*, diviene più difficilmente curabile se passa dallo stato di infezione allo *stato di malattia*, non appena cioè gli spirocheti si sono insediati nei tessuti ed hanno provocato sostanze reattive, che si sono versate nel sangue. Perchè la sifilide da *infezione locale* divenga *malattia costituzionale* è necessario che gli spirocheti siano per il tramite del sangue o dei linfatici trasportati nei tessuti e quivi trovino le condizioni opportune di sviluppo ed atte a provocare sostanze reattive con il ricambio degli elementi ospiti.

Difficile e forse prematuro è sollevare il problema delle cause per le quali lo stesso agente spirocheticida, mentre distrugge rapidamente gli spirocheti dell'accidente iniziale (infezione sifilitica) è insufficiente a sterilizzare i tessuti quando in essi siano penetrati (sifilide costituzionale). Parecchie cause potranno essere portate in questione: ragioni anatomiche e specialmente circolatorie; prodotti del ricambio tra spirochete e tessuti che permettano nel loro sviluppo di acquistare peculiari qualità di difesa; per ora l'importante è l'affermazione che nel primo periodo con quasi regolare sicurezza si può radicalmente allontanare l'infezione, nel secondo stadio invece questa sicurezza si dilegua. La lotta scientifica contro la sifilide, che può costituire una minacciosa epidemia popolare, deve avere a fondamento la conoscenza di questi due stadî dell'affezione e del loro diverso comportamento.

Nè per ora ci si può decidere a dare preferenza ai preparati mercuriali o ai preparati chemoterapici arsenicali, poichè l'azione del mercurio non è pur anco sicuramente stabilita. Le nozioni cliniche, che i sali mercuriali cioè dimostrino la loro azione più che sull'accidente primitivo, sulle manifestazioni secondarie, farebbero pensare che il metallo abbia prevalente azione sui tessuti e quindi sugli spirocheti che li hanno invasi; ma tutto questo capitolo deve essere ancora chiarito.

Non va confuso questo principio terapeutico con la *cura abortiva* della malattia, quale finora era considerata dai medici. Basta pensare che l'antica cura abortiva era basata su manifestazioni cliniche e quest'ultima invece lo è su manifestazioni biologiche, e che, anche quando clinicamente non esiste ancora se non la manifestazione primaria, può già essere presente l'esponente biologico delle metastasi nei tessuti, la reazione di Wassermann.

Ogni medico dovrebbe guidare la terapia in base ai resultati delle ricerche di laboratorio con numerose constatazioni microscopiche dello spirochete e con analisi biologiche del sangue.

L'esame microscopico ci permette di riconoscere senza fallo e precocemente il primo impiantarsi della malattia, con la ricerca dello spirochete di Schaudinn, l'esame biologico di scoprire con la reazione di Wassermann se lo stadio dell'infezione può essere rapidamente stroncato o se è necessaria cura paziente e lunga. Nel preparato di Ehrlich possediamo un'arma eccellente per distruggere radicalmente nel primo periodo gli spirocheti.

I medici e le popolazioni devono convincersi di questi punti fondamentali del problema: la sifilide non è malattia lieve, ed ogni giorno si può dire la gravità ed estensione si fanno più manifeste. Se la convinzione radicata porterà gli sforzi di tutti alla mira di debellare la malattia, la medicina potrà vincere uno dei più grandi e lusinghieri problemi, che siano conosciuti dalla storia.

t. p.

Cefalee d'origine gastro-intestinale.

(J. RUSSEL VERBRYCKE, *Med. Record*, 14 settembre 1918).

Fra le molte cause della cefalea, i disturbi dell'apparato digerente entrano in causa con la stessa frequenza dei disturbi oculari. Queste cefalee possono avere carattere di emicrania grave; sono di solito sorde, a localizzazione frontale, meno spesso occipitale, raramente a tipo neuralgico. Sono frequentemente associate a dolori, disturbi nervosi, vertigini, facile fatica, sonnolenza od insonnia.

In pochi casi si tratta di iperacidità o di stasi gastrica; in quest'ultime evenienze, gli ammalati hanno imparato che cefalea e stasi gastrica sono associati ed all'inizio della cefalea si presentano al medico per una lavatura di stomaco.

L'analogia con questi fatti non deve però far ritenere che la lavatura gastrica possa guarire l'emicrania; è bensì vero che, in questa, dopo un copioso vomito, cessa la crisi, ma il vomito in tal caso è di origine centrale ed ha luogo come esplosione della forza nervosa, prima che l'accesso finisca, quindi lo svuotamento artificiale dello stomaco, di solito, non influisce per nulla sull'accesso di emicrania.

Il maggior numero di queste cefalee ha origine da putrefazione intestinale e da assorbimento da parte dell'intestino. I pazienti hanno quasi sempre spiccata indacanuria, o costantemente o prima dell'accesso; vi sono però alcuni che, pure avendo cefalea ed altri sintomi manifesti di assorbimento di prodotti abnormi da parte dell'intestino, non hanno indacanuria; probabilmente trattasi di fermentazioni anzichè di putrefazioni intestinali.

Alcuni casi ostinati dipendono da insufficienza della valvola ileo-cecale con rigurgito di materiale cecale nell'ileo. Tale condizione, dimostrabile solo con i raggi X, può venire sospettata quando l'enteroclisma viene espulso solo parecchie ore dopo essere stato applicato e viene seguìto da peggioramento, anzichè miglioramento dei sintomi.

Talvolta però i disturbi digestivi non sono i soli in causa: spesso, p. e., vi sono associati disturbi oculari e la cura fatta contro i primi non è sufficiente a guarire la cefalea. Anche le anomalie delle secrezioni interne sono spesso associate con i disturbi digestivi e precedute da tossiemia o da infezione. Rara è invece l'associazione con malattia del labirinto od altri disturbi auricolari. Nei pazienti con turgore della mucosa dei turbinati, si può ammettere che questo fatto dipenda dall'azione di proteine estranee.

Una gran parte dei casi con poca speranza di guarigione si osserva nelle pazienti, in cui la cefalea ritorna al periodo mestruale: più suscettibili di guarigione sono invece le cefalee che si presentano durante gli intervalli.

Non si deve ritenere che i disturbi gastro-intestinali abbiano parte in tutte le cafalee; si deve però tener presente la loro influenza, anche quando la cefalea riconosca altre cause.

Non si può con sicurezza affermare l'origine gastro-intestinale della cefalea; spesso sono i pazienti stessi, che ritengono che i loro disturbi dipendano dallo stomaco. È necessario ad ogni modo procedere ad un esame fisico completo, con le prove sulla secrezione gastrica, sull'urina, ecc.; se l'indacano si trova in forte quantità, si può ritenere che la causa principale è la putrefazione intestinale. In generale però può dirsi solo che questo o quel reperto è anormale ed è una causa sufficiente.

La *prognosi* dei casi non complicati è buona; più favorevole nell'uomo che nella donna, per la possibile influenza degli organi pelvici. Quando si può rintracciare e rimuovere la causa, si ottengono risultati meravigliosi e la vita acquista ancora per il paziente il suo valore.

Il *trattamento* non ha nulla di specifico: si vedrà di correggere ogni errore, l'iperacidità va neutralizzata, la vagotonia trattata con la belladonna, la dieta va indicata caso per caso, consigliando generalmente scarsa quantità di proteine.

L'assorbimento di prodotti putrefattivi dall'intestino va combattuto per tre vie. Eliminare anzitutto i veleni; limitarne la produzione introducendo minor quantità di materiale attaccabile dai batterî putrefattivi, e tentando di cambiare la flora intestinale o di uccidere i bacilli putrefattivi; inoltre vanno curate le condizioni capaci di favorire l'assorbimento delle tossine, portando a guarigione, p. e., le ulcerazioni del colon e l'insufficienza della valvola ileo cecale.

L'eliminazione dei veleni si farà, non per mezzo di lassativi o catartici, ma con enteroclismi; spesso le condizioni vengono invece peggiorate con calomelano od altro purgante, che elimina il materiale tossico presente nel colon, ma, aumentando la peristalsi, porta pure nel colon altro materiale capace di putrefazione.

Sono invece necessari gli enteroclismi semplici o medicati; quando non vengono sopportati e nel caso di insufficienza della valvola ileo-cecale è indicata la lavatura dall'alto, col tubo duodenale, per mezzo del quale si introduce rapidamente un buon litro di soluzione

salina che alla sua volta viene espulso in 10-30 minuti.

Nella dieta vanno limitate le proteine e specialmente la carne; i tentativi però di cambiare la flora intestinale, introducendo forti quantità di idrati di carbonio, non sono riusciti. Si possono ridurre i batterî putrefattivi con altri mezzi: molto lodati sono a tale proposito i bacilli bulgarici, che però non hanno un'azione costante e sembrano più efficaci nei bambini che negli adulti. Nel caso che vi sia bisogno di un lubrificante può servire qualche preparazione all'olio di vaselina.

Neanche dal *Bac. acidophilus*, l'A. ha ottenuto risultati sicuri, sebbene abbia potuto con esso riscontrare dei miglioramenti in casi di indacanuria, che erano stati ribelli ad ogni altro trattamento.

Sui disinfettanti chimici, l'A. non nutre lo scetticismo di molti altri; di qualche derivato del fenolo egli si mostra abbastanza soddisfatto, sebbene non sia possibile con esso impedire sempre la putrefazione intestinale. Spesso col suo uso si possono deodorizzare completamente le feci; resta però da spiegarsi perchè certi casi, che hanno resistito al trattamento locale od ai bacilli bulgarici, migliorino subito con gli antisettici, mentre altri che da questi ultimi non hanno ricevuto giovamento, migliorino con l'uso dei bacilli. Tutti i mezzi vanno dunque tentati, fino ad ottenere la guarigione. FIL.

PEDIATRIA.

Per la diagnosi dell'appendicite dei bambini.

(Dott. R. DRACHTER. *Münch. mediz. Woch.*, n. 38)

Quanto sia importante l'esatta diagnosi dell'appendicite nei bambini lo dimostrano i numerosi casi in cui, malgrado la diagnosi, non è constatata l'appendicite, e gli altri egualmente numerosi in cui all'atto operativo si riconosce una vera appendicite, diagnosticata come peritonite diffusa o peritiflite suppurata. Ed è proprio per la mancata diagnosi che la mortalità per appendicite è tanto più alta nei bambini che negli adulti, mortalità che sarebbe minore se i bambini fossero, come gli adulti, operati precocemente. In tutti i casi, che capitano all'operazione, ci troviamo in presenza di un'appendicite *destructiva*, cangrena della mucosa, empiema circoscritto. Per la esatta diagnosi vale sempre la massima che l'appendicite viene diagnosticata dalla peritonite che l'accompagna, meno qualche eccezione.

Naturalmente vi sono delle appendiciti senza peritonite e son quelle che procedono dalla mucosa stessa dell'appendice nel loro primissimo inizio e non diagnosticabili. L'ulcerazione del processo vermiforme, come quella della dissenteria, del tifo, della tubercolosi, può esser con difficoltà diagnosticata mediante l'esame dell'addome, e se, ciò malgrado, l'ulcera del processo vermiforme può essere più frequentemente e più precocemente diagnosticata, di quella del rimanente tratto della mucosa intestinale, ciò è dovuto al fatto che il processo vermiforme è un intestino cieco ed ha un lume assai ristretto; per queste due ragioni l'ulcera del processo vermiforme conduce più sollecitamente e più spesso di quella della mucosa del rimanente tratto intestinale alla peritonite. L'eccezione alla quale l'A. ha più sopra accennato è costituita da quei casi in cui l'infiammazione dell'appendice è lontana dal peritoneo parietale e la sierosa partecipa all'infiammazione; allora può aver luogo un tumore peritiflitico senza che insorgano infiammazione del peritoneo parietale e tensione addominale; in tali casi quindi l'appendicite è diagnosticata dal tumore peritiflitico, ma non dalla peritonite.

Per facilitare la diagnosi dell'appendicite nei bambini l'A. dà le norme seguenti.

Il più importante dato anamnestico riguarda il comportarsi del piccolo paziente nel sonno. Se il bambino ha ben dormito la notte precedente o le ultime notti può quasi escludersi l'appendicite, mentre è il contrario quando la notte è stata agitata.

Ordinariamente da principio vi è stitichezza; di rado si inizia la malattia con diarrea, ed in tal caso non si tratta di una peritonite da appendicite, ma di una peritonite proveniente da ulcerazioni di un altro tratto intestinale, come l'A. ha potuto constatare all'atto operativo, ed allora esiste anche il dolore e la tensione addominale.

Varia importanza suol darsi alla temperatura; sono in grande errore quelli che non danno ad essa alcuna importanza; tanto prima che dopo, la temperatura dà i più fini criteri per l'esistenza di un processo infiammatorio interno. Nei processi molto avanzati, con suppurazione, l'aumento di temperatura può esser minimo o mancare addirittura; è straordinariamente raro però che si svolga un processo infiammatorio dell'appendice vermiforme, che non abbia dato luogo a processo suppurativo della cavità addominale, senza elevazione della temperatura. È dubbia la diagnosi se il bambino sta seduto sul letto. Obbiettivamente è poi importantissimo l'aspetto del bambino: un colorito rosso vivo, acceso, del viso, anche con alta temperatura, sta contro un processo infiam-

matorio acuto dell'addome; potrebbe invece trattarsi di un processo pneumonico se vi concorre il risultato dell'ascoltazione e della percussione.

È raro che si tratti di appendicite quando alla palpazione dell'addome si constatino dei gorgoglii intestinali nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Come generalmente si sa, un criterio importante è dato dalla tensione riflessa della parete addominale, poichè, se esiste, autorizza la la laparotomia. La difficoltà maggiore consiste nel decidere se tale tensione riflessa ci sia o no. Siccome la parete addominale oppone una resistenza alla pressione anche la più leggiera, è chiaro che la pressione dev'essere fatta delicatamente e superficialmente; facendo il contrario si provocherebbe il dolore, che, a sua volta, determinerebbe la tensione addominale. La palpazione profonda dà luogo quasi sempre a dolore nella pneumonite, nella dissenteria, nella pielite, ecc., onde facili errori diagnostici.

Il sintoma di Blumberg nella peritonite è d'ordinario positivo; sono incerti i sintomi genitali (Horn), il meteorismo del retto (Przewalsky), il riflesso addominale (Sicard), il rossore del viso alla pressione della regione appendicolare.

L'esame nella narcosi dev'essere praticato eccezionalmente dopo aver prima ben accertato se esiste o meno la tensione riflessa dell'addome.

Di straordinaria importanza in molti casi è l'esame della parete addominale posteriore, per rendersi conto della tensione riflessa di questa regione e del dolore. In alcuni casi si trova un dolore alla pressione, analogo a quello dato dall'ascesso paranefritico ed una tensione simile a quella della parete anteriore, e son questi i casi in cui l'appendice vermiforme ed il relativo processo infiammatorio stanno più vicini alla parete posteriore che all'anteriore.

L'A. ricorda dei casi in cui era stata diagnosticata un'appendicite e si trattava invece di morbillo, scarlattina (nello stadio di incubazione), difterite, pneumonite, pleurite, dissenteria, pielite, otite media pur., colica ombelicale, tubercolosi delle glandole mesenteriche, diverticoli della vescica, volvulo, invaginazione, tumore nefritico di destra, coxite ed in un caso anche di tumore cerebrale; nella massima parte sono le malattie proprie dell'infanzia che sogliono dar luogo ad errore.

Riguardo alla terapia, non c'è che da operare immediatamente tutte le volte che nel bambino sia diagnosticata una appendicite acuta.

La distinzione dei casi secondo i giorni della malattia non ha nei bambini alcun valore; è anzi spesso dannoso, poichè si calcola come primo giorno di malattia quello in cui son manifesti i primi segni morbosi mentre il processo infiammatorio è già in atto da qualche tempo, sicchè si indica come primo o secondo giorno di malattia quello che realmente potrà essere il terzo od il quarto.

Bisogna essere molto circospetti nella diagnosi di appendicite cronica nei bambini: spesso questa è una appendicite lucrativa, che ha molta somiglianza con l'appendicite acuta «assai lieve», come si riscontra *post operationem*. DE CHIARA.

LARINGOLOGIA.

Un nuovo tipo d'associazione dell'emiplegia laringea. Sindrome di Schmidt associata.

Raul David de Sanson (*La Prensa medica argentina*, 1918, n. 28) dice che a lato dell'emiplegia laringea pura, che costituisce, nel dominio della cardiopatologia, un valido elemento per la diagnosi degli aneurismi dell'arco aortico, esistono delle forme di associazione morbosa che, tributarie di lesioni nucleari o più di frequente periferiche, contribuiscono molto a rischiarare le funzioni degli ultimi nervi cranici.

A scopo mnemonico, riferiamo qui le varie combinazioni delle paralisi laringee associate:

I. *Sindrome di Avellis* (secondo giustizia, dovrebbe dirsi di *Longhi-Avellis*, perchè il medico condotto lombardo l'illustrò molti anni avanti): paralisi di moto del velopendulo e della corda vocale dello stesso lato; lesione della branca interna del vago-spinale, che per il ricorrente anima la corda vocale e per il plesso faringeo innerva il velo;

II. *Sindrome di Schmidt*: paralisi di moto del velo, della corda vocale, dello sterno-cleido-mastoideo e del trapezio; paralisi del X e di tutto l'XI, branca interna ed esterna;

III. *Sindrome di Jackson*: paralisi di moto del velo, della corda vocale e della lingua, con (*sindrome completa*) o senza sterno-mastoideo e trapezio (*sindrome incompleta*). Nella prima è interessato il X, l'XI e il XII, nella seconda manca la branca esterna dell'XI;

IV. *Sindrome di Tapia*: paralisi di moto della corda vocale e della lingua, con (*sindrome completa*) o senza sterno-mastoideo e trapezio (*sindrome incompleta*). Interessati nella prima il ricorrente, l'XI e il XII; nella seconda illeso l'XI;

V. *Sindrome del forame lacero posteriore* (Vernet): paralisi di moto del velo, della corda vocale, dello sterno-mastoideo, del trapezio, dei costrittori della faringe, emianestesia faringo-laringea, ageusia del terzo posteriore della lingua. Lesione del IX, X e XI;

VI. *Sindrome dei quattro ultimi nervi cranici* (Sicard e Collet): paralisi di moto del velo, della corda vocale, della lingua (anche di senso), dello sterno-mastoideo, del trapezio e dei costrittori della faringe. Lesione del IX, X, XI e XII.

Il caso illustrato dal De Sanson riguarda un uomo di 34 anni, il quale a scopo suicida si tirò due colpi di revolver nella regione temporale destra; i proiettili entrarono uno dal lato esterno dell'occhio dando ptosi della palpebra superiore; l'altro nel condotto uditivo esterno, e poi mutando direzione si andò ad allogare nella porzione cervicale della colonna vertebrale, nello spazio compreso tra la 1ª e la 2ª vertebra (esame radiografico). Nel suo percorso la pallottola lese il ramo cervico-facciale del VII, il X e l'XI, il primo nell'attraversare la parete del meato uditivo esterno e i due ultimi all'altezza del ganglio plessiforme, poco prima di fissarsi nella parte anteriore della colonna cervicale.

Il paziente si lagna di non poter aprire completamente la bocca, deglutisce con difficoltà, ha rigurgito degli alimenti dal naso, accusa forte costrizione alla faringe, costrizione che fu più intensa nei primi giorni (disfagia non dolorosa).

All'esame si nota: lieve deviazione della bocca a sinistra, che si manifesta francamente quando essa viene aperta; in tal movimento vi è dolore all'articolazione temporo-mascellare e alla parete inferiore del meato acustico. Pronunciata deviazione del velo a sinistra, che aumenta quando il paziente faccia con la lingua, depressa da una spatola, uno sforzo per deglutire. Abolizione del riflesso faringeo nel lato paralizzato, conservata integra la sensibilità nelle sue varie modalità.

All'esame della laringe, che si fa con una certa difficoltà, a cagione della paralisi del velo, si rileva immobilità assoluta della metà destra, paralisi del tipo unilaterale completo (posizione indifferente della corda vocale corrispondente).

Quanto ai muscoli della spalla, si ha flaccidità del fascio clavicolare dello sterno-cleidomastoideo e un certo grado di atrofia del trapezio, caratterizzata da una lieve caduta della spalla verso destra, nell'attitudine eretta del corpo. Incrociando le braccia sul petto si nota un'escavazione pronunciata nello spazio compreso tra il margine interno dell'omoplata e la linea spondiloidea.

Trascorso qualche tempo intervenne facile stanchezza al braccio destro e aumento della secrezione sudorale alla metà omonima del capo.

Null'altro di notevole nell'esame generale, eccetto 87 pulsazioni (insufficienza inibitoria del X).

In questo caso, adunque, si tratta di una *sindrome di Schmidt combinata con paralisi del facciale inferiore;* e più precisamente di paralisi unilaterale omologa del palato molle + emiplegia laringea + paralisi scapolare + paralisi incompleta del facciale.

G. Bilancioni.

Sulla sindrome di Bernard-Horner.

E. Mereilles (*La Prensa medica argentina*, 1918, n. 18), dopo avere brevemente tracciato la storia di questa sindrome — in cui primeggiano i nomi di Bichat, Magendie, Cl. Bernard, Porfour de Petit, François Franck, mad. Déjerine-Klumpke — riferisce un caso personale, in un uomo, luetico, di 31 anni, morto per pneumorragia da aneurisma dell'aorta discendente, nella sua porzione superiore. Non fu possibile l'autopsia.

In questo caso si aveva la classica fenomenologia della sindrome; la prova di Meltzer Ehrmann con l'adrenalina dava midriasi.

Si sa che la via simpatica cervicale che parte dal midollo si compone di due serie di neuroni. La prima parte dal centro midollare (centro cilio-spinale di Budge), si porta al ganglio cervicale superiore seguendo la via delle tre o anche delle sette prime paia dorsali, dei loro rami comunicanti e del cordone cervico-toracico. La seconda parte dal g. cervicale superiore per andare all'occhio.

La sindrome paralitica di questa via simpatica costituisce quel corteo sintomatico che reca i nomi di Cl. Bernard-Horner e che comprende: dei fenomeni motori (ptosi, enoftalmo, miosi con conservazione dei riflessi pupillari), vasomotori e sudorali (vasodilatazione e secrezione esaltata del sudore, in fine ipotonia del bulbo oculare). Qualche volta, come nel caso dell'A. argentino, v'è emiatrofia omolaterale della faccia; questa lesione, che per alcuni dipende interamente dal simpatico (Déjerine l'ottenne in un caso di estirpazione del ganglio cervicale inferiore), per altri è conseguenza di disturbi nella sfera del trigemino. Ad ogni modo Mereilles vorrebbe che, a separarla da quelle in cui non esiste emiatrofia della faccia, si designasse il quadro sintomatico più completo per l'intervento della asimmetria del volto, *sindrome di Bernard-Horner-Déjerine*.

L'azione dei colliri di cocaina e adrenalina è importante per caratterizzare i disturbi simpatici oculari dal lato dell'iride e anche per conoscere quale dei due neuroni è colpito. Si pensa che la cocaina agisca eccitando le terminazioni simpatiche dilatatrici dell'iride; la sua

azione sarebbe dunque nulla in caso di paralisi delle fibre; e invero, quando s'interroga con tal mezzo una pupilla in miosi simpatica, il risultato è sempre negativo.

Secondo Grautelet, la pupilla in miosi simpatica risponde con la dilatazione all'instillazione dell'adrenalina; nell'animale, la midriasi, per azione dell'adrenalina, non è possibile che in caso di lesione del ganglio cervicale inferiore. Essa non si produce nell'animale intero, nè in quello in cui si sia avverata una lesione *a monte* di questo ganglio; essa diviene nettissima quando questo è stato estirpato e può servire così di reattivo specifico della lesione. In questa reazione dell'adrenalina, la instillazione di cocaina ha lo stesso ufficio dell'estirpazione del ganglio.

Aggiungerò che durante questa guerra la sindrome in discorso si è osservata non estremamente di rado per ferite d'arma da fuoco cervicali, che abbiano leso le fibre del simpatico: un caso singolare di tal genere fu da me illustrato. La scheggia di granata entrata sotto la lingua, aveva percorso tutto l'organo e dopo aver leso il cordone simpatico cervicale e indotto la classica sindrome (così che, prima della radiografia, si è potuta determinare la sede del proiettile), si andò a fermare al lato del collo.

G. BILANCIONI.

CHIRURGIA.

Trattamento operatorio del varicocele.

Nel n. 28 della *Presse Méd.* Guido Lerda, chirurgo dell'Ospedale Maggiore di Torino, rivendica alla scuola italiana (Parona-Carta-Mori) i migliori metodi escogitati per la cura chirurgica del varicocele.

L'applicazione di uno piuttosto che dell'altro metodo deve essere subordinato alle alterazioni anatomiche esistenti, ed ai disturbi subiettivi accusati dal paziente.

È indicato l'intervento per via inguinale quando esiste una debolezza delle pareti inguinali o una punta d'ernia; in questi casi la resezione della vena spermatica deve praticarsi se esistono evidenti alterazioni sclerotiche. Quando invece l'ectasia venosa esercita la sua preponderanza sulla sclerosi, è sufficiente l'applicazione del metodo Carta (resezione della fascia cremasterica e suo impianto nel tragitto inguinale) sia puro, sia con la modificazione introdotta dal Mori che raccorcia la fascia cremasterica con una invaginazione della porzione superiore nell'inferiore, dopo averla divisa in due nastri.

Il metodo Parona, che consiste nell'incidere la tunica vaginale, nel rovesciarla e nel fissarla all'anello inguinale esterno, dà ottimi risultati quando al varicocele si accompagnano lesioni della vaginale e dell'epididimo.

Detto metodo è dal Lerda perfezionato incidendo sulla parete della vaginale testicolare arrovesciata, un lembo rettangolare che si fissa nel tragitto inguinale: viene così evitato l'inconveniente che il testicolo venga ad essere sospeso troppo in alto.

Un metodo operativo del tutto originale viene dal Lerda proposto per i casi di poca e media gravità, nei quali non è necessario l'intervento per via inguinale. Esso consiste nel conservare gli elementi muscolo-connettivali delle borse scrotali, praticando la scrotectomia mediante dissezione accurata della cute senza ledere le tuniche sottostanti. Successivamente, mediante apposite suture «a filzetta» si restringono le logge scrotali in modo che, oltre ad una sospensione del testicolo, ne risulta anche un notevole rinforzo degli elementi muscolo-connettivali. Questo processo operatorio è dall'autore chiamato: *scrotectomia conservatrice con vagino-plicazio.* Molte figure illustrano la tecnica dei varii metodi.

s. d.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

La sintomatologia della dispnea dolorosa.

I sintomi cardinali su cui si basa la diagnosi di questa forma sono tre: sintomi venosi, dolore e dispnea. Dal punto di vista clinico e patogenetico le manifestazioni venose sono le più importanti; si riscontrano sempre, sono le prime a comparire ed imprimono un marchio di individualità alla dispnea dolorosa, testimoniando, in modo visibile e tangibile, la dilatazione del cuore destro, che rappresenta la parte più importante nel meccanismo degli accidenti.

L'ostruzione della circolazione venosa si manifesta con cianosi più o meno evidente della faccia, delle labbra, delle membra. Quando il parossismo persiste, il fegato offre ben presto i caratteri di una ipertrofia marcata e progressiva. Vi si aggiunge l'edema delle gambe, ciò che può spiegarsi solo col rallentamento del flusso venoso, poichè nella maggior parte dei casi si manifesta durante il parossismo e scompare rapidamente col dileguarsi di questo. Può darsi che anche la nefrite, se è presente, influisca su tale edema.

I sintomi venosi durano quanto il parossismo e cessano con esso, dimostrando l'intima relazione con gli altri elementi della sindrome. Il cuore destro si trova sempre dilatato, per l'ipertensione polmonare, che governa a sua volta l'intensità dei sintomi venosi. D'altra parte il cuore sinistro non mostra cambiamenti anatomici o funzionali, ed anche l'aorta è affatto esente da lesioni.

I sintomi dolorosi richiamano quelli dell'*angina pectoris*, specialmente la pseudo-angina. Il dolore, che è lacerante e costrittivo, ha il massimo di intensità nella regione retrosternale o precordiale, e, come nell'angina, si estende alle spalle ed al braccio, specialmente sinistro.

Meno definita è la dispnea, che può variare di tipo, secondo che il parossismo è stato cagionato da brònchite in soggetto enfisematoso, da un attacco d'asma, o da qualche causa riflessa oscura. In qualche caso, alla fine del parossismo si nota albuminuria, che bentosto scompare. Questa successione di fenomeni sembra in certo modo che significhi una relazione di causa ad effetto fra l'eliminazione dell'albumina ed il parossismo della dispnea dolorosa.

Questo, di solito, è notturno e può seguire uno sforzo fisico ed intellettuale; generalmente però non si può additare alcuna causa. Appare subitaneamente la cianosi, che prende la faccia e gli arti; il paziente avverte un grave dolore precordiale o retrosternale, è inquieto ed oppresso; però ha un perfetto controllo sulla parola. Il cuore destro è dilatato, in contrasto col sinsitro, che è normale; la tensione radiale non è aumentata; il fegato ingrossato, gli arti inferiori edematosi.

L'accesso dura parecchie ore o diversi giorni ed al suo cessare scompaiono tutti i fenomeni. In relazione alle cause, il parossismo dura fino a che permangono i fattori che l'hanno provocato e scompare definitivamente con essi. La prognosi immediata è buona, quella finale è subordinata alla prognosi della causa, che ha provocato il parossismo. (*Medical Record*, 31 agosto 1918).

I. P.

CASISTICA.

La pleurite influenzale.

Iñigo (*El Siglo medico*, 12 ottobre 1918), professore di chirurgia all'Accademia medico-militare di Madrid, mette in rilievo la frequenza delle affezioni pleuritiche nel corso dell'attacco influenzale e la necessità di tenere sempre presente la possibilità di una tale complicazione, che può presentare sintomi subdoli e che occorre ricercare sistematicamente in ogni malato, con l'esame del torace.

Appena che si sospetti la presenza di un essudato pleurico è necessario verificarne la esistenza mediante la puntura esplorativa, la quale eseguita *secundum artem* e con la dovuta asepsi è innocua, permettendo di stabilire la diagnosi in modo definitivo.

Dalle ricerche del laboratorio dell'ospedale militare di Madrid-Tarabanchel risulta che il germe responsabile delle lesioni pleuriche osservate è uno speciale streptococco alquanto diverso dallo streptococco comune dell'erisipela, morfologicamente assai simile al pneumococco sopratutto per la presenza di una capsula, e certamente non identificabile col bacillo di Pfeiffer. In tutti gli essudati esaminati venne riscontrato tale streptococco sempre numeroso e in coltura pura.

Nel liquido si riscontrano pure leucociti polinucleati e più o meno numerosi corpuscoli del pus, a seconda dell'età dell'essudato.

Questo fatto ha consigliato l'A. ad intervenire chirurgicamente senza perdere tempo e senza aspettare che l'essudato acquisti i caratteri macroscopici del pus, con buoni risul-

tati, avendo osservato che con l'intervento precoce si otteneva un miglioramento più notevole che non con il trattamento chirurgico ad empiema stabilito. Ogni malato con essudato pleurico di natura streptococcica — e cioè influenzale — deve essere operato precocemente di pleurotomia costale; i risultati sono sorprendenti, la febbre cade rapidamente nelle prime venti, ventiquattr'ore, la guarigione avviene perfettamente senza lasciare reliquati di sorta, neppure semplici aderenze *g. s.*

TERAPIA.

Incompatibilità del chinino e dell'aspirina.

R. Saenz de Santa Maria y Marron (*El Siglo Medico*, 1918, p. 833) fa osservare che essendo i sali di chinino e l'aspirina di indubbia utilità nel trattamento dell'influenza, è facile di trovare, nei giornali professionali, nei trattati, nei ricettari comuni, delle formule con l'associazione dei due farmaci.

L'A. ha usato contemporaneamente i due rimedî, ma si è avveduto, sino dal primo caso, che i risultati erano tutt'altro che favorevoli e che si avevano delle reazioni individuali inopportune.

Ad un malato consigliò l'uso di tre cartine al giorno di ana ctgr. 25 di chinino e aspirina. Nella visita susseguente riscontrò una intensa tachicardia, tremore, inquietezza motoria, adinamia e peggioramento dello stato generale.

La tachicardia era da mettere specialmente in evidenza poichè l'influenza è una malattia decisamente bradicardica per azione tossica sul vago. Si è detto che nell'influenza il vago divaga e anzi non è cosa piacevole per il paziente perchè le reazioni vagotoniche nelle infezioni sono sempre gravi.

L'A. sospettò subito che i sintomi anormali osservati fossero dovuti alla incompatibilità dei due farmaci associati.

È errore frequente di confondere l'azione o effetto immediato di un medicamento con la reazione o effetto mediato determinato dallo stesso.

Tale confusione fa giudicare come dovuto esclusivamente al farmaco il risultato che si osserva, quando invece il medicamento è un fattore che agisce insieme ad altri fattori individuali, naturalmente diversi da caso a caso. Ma l'incompatibilità osservata non si poteva ascrivere al soggetto, ossia a intolleranza individuale, perchè dal più al meno, gli stessi fatti anormali vennero osservati in tutti gli individui trattati in consimile modo.

La spiegazione della incompatibilità fra chinino e aspirina sta nel fatto che i sali di chinino si trasformano facilmente in un prodotto isomerico straordinariamente tossico: la *chinotossina*, come la cinconina si trasforma in *cincotossina*.

L'isomero si forma quando i sali di chinino si associano con acidi organici, citrati, tartrati, malati, acetati, *aspirina* e altre sostanze, ed è responsabile della sindrome tossica che può essere anche causa di morte.

Quando si fa della poli-farmacia è sempre da temere qualche pericolo consimile.

A proposito di questo articolo J. Luis-Yagüe y Espinosa (*Ibidem*, p. 856), fa considerare che è naturale che l'aspirina agisca come gli altri acidi organici favorendo la trasformazione del chinino nell'isomero tossico poichè il prodotto patentato «aspirina» è, chimicamente considerato nella sue funzioni, un acido acetilsalicilico. A questo riguardo l'A. combatte l'uso invalso nella case produttrici di usare una nomenclatura non corretta; ad esempio, l'etere etanico dell'acido ortossibenzoico (aspirina) e l'etere acetilico dell'acido ortossibenzoico (rodine) non sono eteri, ma semplicemente acido acetilsalicilico, unito a sostanze inerti che permettono la confezione delle tavolette. E questo abuso di terminologia non adatta, può essere causa di gravi conseguenze. *g. s.*

Sul trattamento degli empiemi.

W. Wayne Babcock (*Medical Record*, 2 novembre 1918) ha avuto in cura molti casi di empiema post-influenzale, fra le truppe americane dei campi di concentrazione.

Quasi costantemente fu isolato uno streptococco emolitico.

La violenza del male variò molto da un periodo all'altro dell'epidemia; per questo motivo era difficile di accertare l'efficacia reale delle cure attuate.

Il piano terapeutico adottato dall'A. consistette nell'evitare, possibilmente, la resezione costale. Sebbene questa operazione sia semplice, e sebbene le coste si rigenerino perfettamente dal periostio lasciato *in situ*, pure giova di richiamare l'attenzione sulla tecnica del chirurgo americano.

Nelle forme iperacute, improvvise, con forte dispnea e cianosi, è quasi inutile l'intervento; al più si può eseguire una semplice paracentesi, per ridurre la pressione.

Nelle forme acute, siano esse sierose o siero-purulente, l'A. applica il metodo Dakin, il quale era già stato adottato in precedenza, per es. da Stewart, ma a complemento della costectomia, che invece l'A. risparmia.

Dopo anestesia locale con la procaina all'1 %, egli incide la pelle e, valendosi di un trequarti grosso e corto, introduce due tubi Carrel, di piccolo calibro, piuttosto rigidi, e li fissa con

banderelle di cerotto adesivo. Attraverso uno dei tubi immette la soluzione d'ipoclorito riscaldata, sotto pressione non superiore a 25 cm., mentre l'altro tubo serve per il deflusso. Si continua l'irrigazione finchè il liquido che abbandona la cavità pleurica non abbia ripreso la sua debole tinta al permanganato.

La cura ulteriore va regolata sul decorso, che viene seguito con l'esame fisico e radiologico.

Quando l'A. è in presenza di un empiema con pus cremoso, adotta l'irrigazione continua Carrel-Dakin, con tubi di calibro maggiore, ma non troppo grandi per non provocare necrosi, e forniti di aperture laterali. Essi vengono inseriti, come al solito, per mezzo di un grosso trequarti, e poi fissati.

Si introducono da 50 a 200 cmc. di liquido Dakin ogni due ore. Il trattamento non deve destare dolore nè alcuna molestia. Un po' per volta il materiale patologico viene dissolto e asportato. Nei primi giorni può aversi elevazione termica, ma il soggetto migliora rapidamente.

Negli empiemi sepimentati il drenaggio così eseguito è insufficiente; allora si richiede una larga incisione, seguita da sbrigliamenti, ecc.

Per praticare la pleurotomia l'A. non reseca le coste, ma si limita ad allontanarle l'una dall'altra. All'uopo ha fatto costruire due strumenti: un divaricatore, specie di tenaglia a branche divergenti, che permette di allontanare le coste di 6-7 cm., ed una specie di ponte metallico a doppie branche terminali, che mantiene le coste separate e consente di eseguire comodamente l'operazione: la mano penetra con facilità attraverso la breccia.

Se l'empiema contiene essudati densi, cotennosi o fittamente concamerati, è bene però di resecare liberamente le coste.

In tutti i casi si applica poi il metodo Dakin.

Le fistole polmonari secondarie guariscono spesso da sè: basta attendere. Alle volte però si rendono necessari interventi operativi, che l'A. descrive e che si riducono a suture.

Interessa registrare la cura post-operativa seguita da Babcock. Egli fa compiere degli esercizi di ginnastica respiratoria a mezzo di spirometri semplicissimi, costituiti da boccie piene d'acqua, in cui sono innestati due tubi, uno dei quali, verticale, funziona da manometro, mentre l'altro serve per l'immissione dell'aria espirata. Gli apparecchi vengono disposti serialmente: varî malati li usano contemporaneamente, così da destare l'emulazione.

Vengono anche fatte eseguire inspirazioni profonde, mentre il malato sta a sedere con la metà sana del torace fissata da strisce di cerotto.

Vengono permesse e incoraggiate le forme rudi di lavoro manuale, in specie il giardinaggio.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1014) *Convalescenza dell'influenza.* — Al dott. P. N. da F.:

La convalescenza dell'influenza e specialmente delle sue complicanze ha un carattere peculiare di lentezza esasperante: la prostrazione e, con essa, la bassa pressione arteriosa e la persistenza dei fatti obbiettivi polmonari costituiscono quasi le caratteristiche di questa infezione tanto da potere essere utilizzate come segno diagnostico, quando la malattia ha avuto un decorso atipico o molto attenuato.

La temperatura invertita in piena apiressia (37° al mattino e 36° alla sera) non ha un particolare significato, e nessun rapporto con lo stato di astenia. Se può discutersi l'origine di un tal disturbo, esso certamente non ha significato pronostico di alcuna gravità.

Il tempo è il rimedio: bisogna attendere e l'attesa deve essere confortata da tutte quelle misure igieniche e dai comuni ricostituenti, i quali aiutano lo svolgersi ordinario dei processi di riparazione.

t. p.

(1015) *Sulla cura della pleurite essudativa con preparati iodici.* — Al dott. A. T., abb. n. 6699:

L'uso di preparati jodici, introdotti nella cavità pleurica per curare le pleuriti essudative, trova alcuni medici entusiasti, altri scettici: noi crediamo che la grande variabilità nel decorso della malattia nei varî individui può spiegare le difficoltà di giudizio in simili questioni di terapia. Nella nostra esperienza talora, specialmente nei soggetti giovanissimi e nelle forme recenti, il metodo ha dato qualche buon resultato; spesso la malattia ha seguito il suo corso ordinario.

Tecnica preferibile è quella di inoculare, seguendo il metodo Capparoni, nella pleura, una sospensione iodoformica in glicerina (½ gr. fino ad 1 gr. in 10 cmc. di glicerina).

L'aspirazione del liquido deve essere molto limitata (10-20 cmc.); è preferibile che la sospensione jodoformica arrivi in una pleura contenente liquido sufficiente per la sua diffusione.

t. p.

(1016) *Tamponamento vaginale.* — All'abbonato n. 8973:

Per il tamponamento vaginale stimiamo preferibile di usare la garza sterilizzata semplice. Quella iodoformica può provocare lievi sintomi d'avvelenamento (nausee, agitazione, insonnia, ecc.) e anche irritazione locale, mentre

non impedisce che il sangue e le secrezioni si alterino. La migliore disinfezione è data dal rinnovamento della medicatura (dopo 24 ore).

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. G. BOSCHI. *Un Ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara.* — Ferrara, tip. Ferrariola, 1918.

L'ospedale militare neurologico di Ferrara in questa monografia descritto, fin dal 1915 proposto, istituito e diretto dall'A., presenta una duplice natura. E, cioè, in parte è ospedale speciale per malati nervosi da guerra.

La società civile manca di ospedali speciali per i nevrosici (la cronicità delle forme nevrosiche dipende in gran parte da mancanza di una congrua organizzazione della loro assistenza). Ma era presumibile che il problema della assistenza ai nevrosici con ospedali speciali si sarebbe vieppiù imposta nella contingenza di guerra, dato il potere psicopatogeno di questa, e dato che nei soggetti meno predisposti l'azione psicoperturbatrice suol manifestarsi non con un dissesto funzionale grave come la pazzia, ma semplicemente con una sindrome nevrosica.

Così, in parte, l'ospedale neurologico di Ferrara costituisce il primo esempio di un ospedale speciale per nevrosici; ne avvista e prospetta le peculiari esigenze tecniche e i peculiari dispositivi di edilizia e di funzionamento inerenti a una tale natura dell'ospedale; per i quali è bene rimandare alla lettura del volumetto.

Onde acconsentire il più rapido accoglimento nell'atmosfera tranquilla delle retrovie e nell'ambiente specializzato, l'ospedale porta un riparto contumaciale.

In parte, invece, l'ospedale neurologico di Ferrara ha costituito uno dei primi nuclei di quelle formazioni, oggi egregiamente realizzate dalla Direzione generale di Sanità militare, che sono i centri neurologici. Poichè, accanto alla sezione per nevrosici, l'ospedale accoglie e cura le più svariate ferite del sistema nervoso, postumi organici e postumi funzionali. Così sono qui esposti e discussi i più vari mezzi moderni di cura per queste forme che, nella loro svariatezza, nei loro atteggiamenti e nel loro contegno di fronte al trattamento, hanno veramente costituito una novità per la patologia nervosa. Vi sono quindi altrettanti brevi capitoli, corredati di numerose illustrazioni: per la diagnostica; per l'ergoterapia e gli *sports* usati a scopo e con criterii meccanoterapici; per l'isolamento; per il servizio neurochirurgico; per quello radiologico; per la protesi tutoria; per l'eletttroterapia; per l'alta frequenza nella cura delle causalgie; per la meccanoterapia, per la ginnastica in gruppo, per la termoterapia, ecc.

È pure accennata qualche applicazione originale, come combinazioni di apparecchi, l'impiego del canottaggio a scopo meccanoterapico, la istituzione di una officina di protesi nell'ospedale neurologico stesso.

Il lavoro è stato scritto quando l'ospedale era ancora funzionante (ottobre 1917). In seguito alla trasformazione degli ospedali di riserva di Ferrara in ospedali di tappa, l'ospedale neurologico fu soppresso; ma molto opportunamente il Ministero dispose che personale e materiale passassero a costituire i primi elementi di una formazione sanitaria più vasta e più differenziata, il centro neurologico del Corpo d'armata di Bari e Piazza marittima di Taranto.

v. a.

Dott. PAOLO RUSCA. *La preparazione agli studi medici.* — Edit. Licinio Cappelli, Bologna. Prezzo L. 4.

È un libro nuovo, un libro originale. Finora molto si era scritto su l'etica medica, su la deontologia. Nulla si era pubblicato sul modo di divenire un buon medico, un professionista corretto. Ed al riguardo l'A. afferma e sostiene che la preparazione istruttiva ed uditiva del medico deve essere fatta prima che si varchi la soglia delle Università.

Perchè si possa convenientemente apprendere la scienza medica e correttamente esercitare la professione, è necessario foggiarsi una speciale mentalità, che può essere formata da un'opportuna preparazione letteraria e filosofica, da un sano indirizzo scientifico che deve assumersi fin da quando si frequenta il liceo.

Ma non solo di questo si occupa il libro. Non è possibile compendiare in una breve recensione tutto quanto di giusto e di conveniente l'A. espone. Rischieremmo di dir poco e di non dare un'idea adeguata di quel che il libro è, e di quel che si propone. Dobbiamo limitarci unicamente a consigliarne la lettura ai medici ed a quelli che aspirano a diventarlo, sicuri che del consiglio dato essi non si dorranno.

Aggiungiamo che il libro si onora di una prefazione del prof. A. Murri, che esprime sull'opera del giovane autore il più lusinghiero giudizio.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Pel dopo-guerra della classe medica.

Abbiamo già dato notizia di una Riunione dei rappresentanti degli Ordini dei Medici federati della Campania, tenutasi nella sede dell'Ordine di Napoli, allo scopo di accordarsi sui provvedimenti da chiedere al Governo, nell'interesse della classe Sanitaria, pel dopo-guerra.

Il prof. A. Pirera rappresentava l'Ordine di Avellino; il dott. Gaiani quello di Salerno. Il presidente Contuzzi comunicò un telegramma di adesione dell'Ordine dei Medici di Caserta. Mancava la rappresentanza dell'Ordine di Benevento.

Il consigliere segretario espose le ragioni del convegno. Ricordò che, nell'ultimo Consiglio federale, tenutosi a Roma, fu agitato fra gli altri argomenti anche quello dei provvedimenti da prospettare al Governo pel dopo-guerra. E poichè il professore Lupi, di Genova, si è occupato della questione, esortando la Federazione a provocare un Congresso — per lo meno fra i presidenti degli Ordini — da tenersi a Genova, allo scopo di discutere i diversi desiderata degli Ordini per spianare la via ai provvedimenti che dovranno necessariamente prendersi, fu stabilito che ciascun consigliere Federale indicesse una riunione fra i presidenti degli Ordini Regionali, inviando, di poi, al presidente Federale il riassunto dei risultati della discussione.

Dopo, il segretario comunicò che l'Ordine di Napoli aveva già abbozzate alcune proposte, da inviare in forma di «Memorandum» al Governo ed al gruppo medico parlamentare. Ma poichè alla questione si vuol dare lodevolmente una portata più ampia e forma collettiva, l'Ordine di Napoli si compiace dell'agitazione, con l'augurio che, come il Governo si è preoccupato e si preoccupa delle condizioni economiche di tutte le altre categorie sociali dei cittadini, così prenda in considerazione anche la classe medica.

Il consigliere dell'Ordine di Napoli, dott. Licastro, affermò esser vanto dell'Ordine di Napoli di avere, quando nessuno pensava al dopo-guerra, preparata una serie di proposte, inviate alla Federazione fin dal 1916. Molte di esse furono, in seguito, fatte proprie da altri Ordini; la chiusura dell'Albo è stata richiesta anche dai procuratori legali. Il dott. Licastro enumerò tutta una serie di proposte, ne sostenne validamente l'attuazione e rilevò che parecchie di esse già sono state tradotte in pratica presso altre Nazioni, ove la classe Medica gode di un migliore trattamento sia dagli Enti locali, sia dal Governo. Esse sono:

1. Istituzione di un Ministero di Sanità pubblica, con bilancio proprio;
2. Chiusura dell'Albo;
3. Cassa Pensioni, con assicurazione contro le malattie ed i sinistri acquisiti nell'esercizio professionale;
4. Nuove carriere professionali da istituirsi, come: medici consolari all'estero, medici igienisti scolastici, ecc.;
5. Facilitazioni ai Medici sotto le armi, specialmente per quelli provenienti dall'Università Castrense, affinchè, per migliorare la loro cultura, abbiano la facoltà di rimanere nell'esercito dislocati temporaneamente nella sede territoriale della propria Università, onde specializzarsi in qualche ramo delle mediche discipline;
6. Facilitazioni ai medici sotto le armi, di classi giovani specialmente, a poter passare in altre amministrazioni dello Stato;
7. Prendere accordi coi governi alleati, affinchè i medici italiani possano prestare la loro opera in qualità di medici condotti o ufficiali sanitarii nelle Colonie degli alleati, nelle quali difetti, eventualmente, l'assistenza sanitaria;
8. Stabilire una tariffa minima per gli onorarii dei medici, la quale sia in conformità del decoro professionale e delle esigenze della vita rincarata per gli effetti della guerra;
9. Revisione della legge sugl'infortuni, per la applicazione equa e giusta dei diritti e dei doveri, tanto da parte degl'industriali e degli Istituti Assicuratori, quanto da parte degli operai.

Il dott. Gaiani, di Salerno, si associò a tutte le proposte sopra elencate, meno la chiusura dell'Albo, perchè tale provvedimento verrebbe a menomare non solo la libertà del professionista, ma anche la volontà dell'infermo, cui non è lecito vietare la scelta del Sanitario, specie nei piccoli centri, ove per molteplici ragioni l'assistenza sanitaria non può essere coartata. Chiese che tutti gli Ordini si adoperino per la modifica della Legge Sanitaria, la quale non solo non ha assolto i desiderata della classe, ma anzi ne ha ancora più ristretto i diritti.

Il prof. Pirera, delegato dall'Ordine di Avellino, approvò i concetti e le proposte sopra esposti e compiacendosi di quanto è stato fatto e si sta facendo in pro della Cassa pensioni, espresse il desiderio che a questa fosse aggiunta, oltre l'assicurazione contro le malattie contratte nell'adempimento dell'esercizio professionale, anche l'Assicurazione di Stato per la invalidità dei medici, così come dovrà fare il Governo per altre classi sociali. Richiamò l'attenzione sulla grave quistione ospedaliera, nonchè delle Opere pie, cui spesso i medici danno tanta parte della loro attività ed operosità professionale; chiese, al riguardo, che si faccia in modo che parte delle rendite di dette Opere sia devoluta a soddisfare le competenze dei sanitarii, i quali oggi percepiscono stipendii irrisorii

Dopo essersi associato alla proposta relativa alla modifica della legge sugl'infortuni, il prof. Pirera illustrò il concetto che una buona volta vada in vigore, pei medici, l'attuazione dell'unicità del mandato, acciocchè — evitandosi il deprecato cumulo d'impieghi — molti medici trovino modo di potersi occupare.

Nei riguardi dei giovani laureati dall'Università Castrense, il prof. Pirera affermò che la loro opera, al fronte, è stata troppo lodevole, come sanitarii, per interdire ad essi l'esercizio professionale civile. Al massimo, dunque, si potrà chiedere al Governo che mantenga a sue spese, per un altro biennio, quei giovani laureati durante la guerra, i quali, di loro libera volontà, vogliano espletare presso le Università dei corsi supplementari o di perfezionamento, indispensabili a permettere che questi giovani medici completino la loro educazione scientifica e professionale. Tale questione potrebbe armonizzarsi con quella sul nuovo regolamento universitario, del quale si chiede la rapida attuazione, con l'istituzione dell'esame di Stato.

Sulla questione della chiusura dell'Albo, il prof. Pirera affermò di preoccuparsi dell'impressione poco favorevole che questo provvedimento potrebbe indurre, specie sull'animo delle popolazioni, che crederebbero ad un esagerato egoismo della classe Sanitaria. Chiese, pertanto, che la Federazione degli Ordini dei Medici si faccia iniziatrice, fra gli altri Ordini professionali, di un movimento diretto ad ottenere dal Governo che il numero dei professionisti, in generale, risulti proporzionato ai bisogni della popolazione.

Espresse l'opinione che, nei riguardi della tariffa sanitaria, si debbano stabilire delle norme di tassazione relative e proporzionali ai diversi centri di popolazione. Basterebbe che i medici si facessero pagare — come di diritto — tutti gli onorarii relativi a certificati, ecc., per veder aumentare notevolmente le loro entrate. Analogamente, occorrerebbe ridurre l'assistenza gratuita ai limiti della vera assistenza sociale; essa cioè dovrebbe essere concessa unicamente ai poveri che giustifichino la loro indigenza assoluta, affinchè non abbia a perpetuarsi quello sfruttamento, a danno dei medici, che è la precipua causa del loro disagio professionale.

Infine l'oratore espresse l'opinione che una parte dei medici italiani siano avviati all'estero, dove rappresenterebbero l'Italia più nobilmente di altre classi meno colte di cittadini emigrati. A tale scopo, come è stato recentemente consigliato da altri diligenti studiosi di fenomeni economici e professionali della nostra classe, sarebbe bene che i medici abbiano modo di studiare le lingue moderne e quelle orientali, onde siano in grado di emigrare secondo le correnti che possano eventualmente svilupparsi per iniziativa o col concorso del Governo ed eventualmente dopo accordi coi Governi alleati.

Il dott. Licastro ribadì i suoi concetti, osservando che i medici hanno avuto maggiori doveri verso lo Stato durante la guerra, tanto che solo per i medici fu esteso il limite di età relativo agli obblighi di leva; epperciò essi debbono avere diritti almeno uguali a quelli di altre categorie di cittadini. La chiusura dell'Albo è già un fatto compiuto, in Italia, per i notai e pei farmacisti, che in questi ultimi anni videro raddoppiarsi i loro stipendii o i loro guadagni. Assieme colla chiusura dell'Albo, il consigliere Licastro riaffermò tutte le altre proposte, accettando anche gli emendamenti ed i desiderata avvanzati dagli altri Delegati.

L'adunanza dopo ampia discussione, stabilì che tutte le proposte approvate siano prospettate ed illustrate sia nel Convegno di Genova — secondo il progetto del prof. Lupi — sia nel prossimo Congresso Federale.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7544) *Dispensa del medico condotto dal servizio militare.* — Dott. abbonato 2714. — La domanda di esonero del medico condotto deve essere proposta dal Capo della amministrazione, da cui egli dipende, dimostrandone la insostituibilità e la indispensabilità. Se il Comune non provvede alla sostituzione del medico condotto mancante, può provvedervi di ufficio il Prefetto destinando nel Comune altro medico, richiedendolo, se occorra, all'amministrazione militare. Non si comprende bene dal quesito quale procedura si intenda conoscere e per ottenere che cosa. Si prega di fornire ulteriori e maggiori chiarimenti affinchè potessimo darle una risposta esatta e concreta, quale Ella desidera.

(7545) *Dimissioni - Pensioni.* — Dott. E. C. da C. di L. — Le dimissioni da medico condotto non sono efficaci che quando sono accettate dal Consiglio comunale. Ella, quindi, potrà senz'altro lasciare la condotta al 1° marzo p. v., se per quell'epoca il predetto Consiglio si sarà favorevolmente pronunziato in proposito. Al 1° marzo, lasciando il servizio di condotta, potrà chiedere la liquidazione della pensione. Con 30 anni di servizio e 55 di età, tenuto conto del maggior contributo pagato per dieci anni, liquiderà l'annua pensione di lire 1422.18. A tale somma dovendosi aggiungere altre lire 81.92 corrispondenti al contributo volontario pagato per altri dieci anni, si avrà la somma totale di lire 1504.10.

(7546) *Pensioni - Anni di servizio valutabili nella liquidazione.* — Dott. B. A. da P. — Gli anni di servizio che si riscattano gratuitamente a favore dei medici condotti che aderirono alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione o prima della promulgazione della legge del 1909, debbono essere passati in condotta e non presso altre amministrazioni, sieno anche governative.

(7547) *Specialisti in materia di medicina o di chirurgia.* — Dott. abbonato 8143. — Nessun speciale diploma si rilascia a coloro che intendono specializzarsi in qualche branca della medicina o della chirurgia. L'esercizio professionale è libero così come sono liberi gli studii che ognuno intende eseguire per esercitare solo una speciale parte di esso.

(7548) *Medico militare comandato a servizio civile - Congedo - Stipendio.* — Dott. C. M. da S. — Durante il tempo in cui prestano servizio civile, i medici militari ricevono lo stipendio inerente al proprio grado dall'amministrazione militare, restando, però, sempre fermo il diritto di ripetere dal Comune la differenza nel caso che lo stipendio che quest'ultimo corrispondeva fosse superiore a quello militare. Il medico militare in servizio civile resta per il fatto del congedo completamente

a disposizione dell'autorità militare, nè può conseguire indennità per non aver usufruito di quello concesso dal capitolato al medico assente.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2386:

L'indennità è stata concessa dal Ministero dell'interno a quegli ufficiali medici stati messi a sua disposizione per l'influenza, ed in tale determinazione non sono compresi gli ufficiali medici già avvicendati che ora, per il loro ufficio, si sono trovati anch'essi a lottare contro il morbo.

È ovvio che ragioni di equità potrebbero indurre il Ministero dell'interno ad estendere anche a questi ultimi il provvedimento, ma, per ora, nessuna disposizione in proposito esiste.

All'abb. n. 9200:

Per ora non si prevede un vero e proprio congedamento di medici per classi di leva.

Ciò disorganizzerebbe del resto molti servizii che in questo momento hanno bisogno di restare in piedi, e dare anzi il maggior rendimento.

Il Ministero però dà il massimo corso a tutte le pratiche di esonero e quella è la via da seguire.

All'abb. n. 7667:

Per poter prendere parte al concorso per esser nominato ufficiale medico di marina, Ella dovrebbe dare le sue dimissioni da ufficiale effettivo dell'esercito.

Tali dimissioni non sono per ora ammesse.

All'abb. n. 9361:

Date le condizioni nelle quali Ella ha prestato il proprio servizio, mi sembra che il diritto alla polizza di assicurazione non dovrebbe venirle contestato.

M. G.

AVVERTENZA:

I quesiti pervenuti successivamente a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel 1° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 5 gennaio 1919. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro.

La Redazione.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Cecchetelli Ippoliti Tullio, capitano medico nel distretto d'Ancona, è stato promosso a scelta maggiore medico di milizia territoriale in applicazione dell'art. 1° del D. L. 20 novembre 1916, n. 1652.

Vivi rallegramenti.

ALBO D'ORO.

ENCOMIO SOLENNE.

Petteruti Alfredo, da Roccamonfina (Caserta), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — A poca distanza dalla linea di combattimento, raccoglieva e curava numerosi feriti, dando prova di esemplare sprezzo del pericolo. — Monte Busibollo, 15-16 giugno 1916.

Pontiggia Emilio, da Milano, sottotenente medico milizia territoriale reggimento fanteria. — Durante un'azione, dette prova di grande abnegazione e coraggio nel disimpegno della sua pietosa mansione. — Monte San Michele, 15 maggio - Selz, 6 luglio 1916.

Pucci Donato, da Volturino (Foggia), tenente medico reggimento fanteria. — Nella sua qualità di ufficiale medico, spiegava costante zelo ed abnegazione, e specialmente in due combattimenti, raddoppiava la sua attività, dando prova di sprezzo del pericolo e di grande operosità. — Nad Logem, 15-16 agosto 1916.

MEDICINA SOCIALE.

Notizie statistiche sulla mortalità per tubercolosi.

Il movimento della lotta antitubercolare si è ora quanto mai intensificato: esso è altresì oggetto di studio particolare da parte del Governo, che con opportune leggi ed efficaci provvedimenti amministrativi, tenta di ridurre entro limiti sempre più ristretti la diffusione di questo morbo, che miete da noi 50-60 mila vittime all'anno. Ma per avere un concetto chiaro sui provvedimenti da prendersi e sulla efficacia della lotta, è necessario conoscere dapprima quale andamento ha subìto questa malattia da parecchi anni a questa parte. A ciò non possono servire le pubblicazioni annuali sulle cause di morte, che sono necessariamente limitate a pochi elementi. Ottimamente ha quindi fatto l'Ufficio centrale di statistica a raccogliere ed integrare tutti i dati riguardanti la mortalità per tubercolosi, in questa pubblicazione (1) che il direttore dell'Ufficio, comm. Aschieri, dedica a S. E. Ciuffelli.

La statistica comprende il periodo che va dal 1887 (anno in cui la statistica delle cause di morte fu estesa a tutti i Comuni) al 1914. La materia è poi suddivisa in dieci tavole, accompagnate anche da diagrammi illustrativi.

La prima tavola dà la classificazione dei morti per tubercolosi di tutte le forme, nei singoli Compartimenti del Regno, in cifre assolute e proporzionali. Da essa si apprende che la mortalità per tubercolosi dal 1887 al 1914 è scemata di circa un terzo (da 211 morti per 100,000 abitanti a 145); solo nella Sardegna si è avuto un aumento (da 177 a 219 per 100,000).

Quando si consideri la sola tubercolosi polmonare (tav. II) si osserva pur troppo che la diminuzione non è proporzionale a quella osservata per tutte le forme (da 132 per 100,000 a 103); la diminuzione è stata maggiore nell'Emilia, Marche, Campania e Lombardia: in Sardegna si è avuto un aumento. I quozienti più alti di mortalità sono dati dalla Liguria, Sardegna, Toscana, Lombardia, Veneto.

(1) *Notizie statistiche sulla mortalità per tubercolosi.* A cura del Ministero per l'industria, commercio e lavoro. — Roma, 1918. — In vendita presso i Fratelli Treves, al prezzo di L. 1.

Lazio, Piemonte; i più bassi dalle Marche, Italia meridionale, Sicilia.

Interessanti sono i dati della tavola VI, in cui i morti per tubercolosi sono classificati per sesso e per gruppi di età. Maggiormente esposta alle fatali conseguenze del morbo è l'età dai 20 ai 39 anni, nel qual gruppo si nota anche il più alto coefficiente di mortalità in relazione a 10,000 coetanei, se si eccettua il gruppo da 0-1 anno, che di poco lo supera. Nel gruppo da 20 a 39 anni tanto i maschi quanto le femmine morti per tubercolosi costituiscono più di un terzo delle morti per qualsiasi causa.

Nella tavola VII, i maschi morti da 15 anni in su per tubercolosi sono classificati secondo le professioni e condizioni; massima è la mortalità fra gli studenti (46.9 su 100 morti da qualsiasi causa), nei tipografi e litografi, camerieri, commessi di negozio, ecc. I quozienti minimi sono invece offerti dai proprietari, avvocati, notai, medici, ingegneri, agricoltori, sacerdoti, marinai, maestri, professori, impiegati e magistrati.

L'influenza deleteria dei centri urbani è dimostrata dalla tav. IX, in cui si osserva che, p. e., nel 1914 si ebbero 206 morti per ogni 100,000 abitanti nei 69 capoluoghi di provincia e solo 131 negli altri comuni; la differenza è ancora maggiore (157 e 93) se si considera la sola tubercolosi polmonare. Occorre però rilevare che all'aumento di mortalità nei centri urbani concorrono diverse cause, quali, p. e., l'essere essi sedi di ospedali, luoghi di cura, ecc.

Un certo conforto ci può poi venire dalla tav. X, in cui si vede che nei confronti internazionali, il quoziente di mortalità per l'Italia è uno dei più bassi (1,490 per milione nel 1912, mentre è di 1,534 in Germania, 2,627 in Svizzera, 2,113 in Francia, 2,833 in Austria, 3,487 in Ungheria). In posizione anche migliore si trova l'Italia per la tubercolosi polmonare, superando solo la Nuova Zelanda (paese a mortalità minima!), l'Australia, Ceylan e il Belgio.

Altre notizie interessanti si possono rilevare scorrendo questa notevole pubblicazione, che sarà di utile consultazione per chiunque si occupi dell'argomento.

Auguriamoci che in una nuova edizione fra qualche anno si possano già notare i benefici effetti della lotta antitubercolare che dalle Autorità e dai privati è stata intrapresa con nobile slancio.

Index.

L'azione del medico nella politica dei consumi.

L'azione del medico nella politica dei consumi non è stata abbastanza compresa da coloro che di tale questione complessa e difficile trattano con più o meno competenza; egli invece può diventare, quando vi si presti con fervido volere, un fattore importantissimo per convincere che le attuali privazioni, le quali continueranno, forse anche in maggior misura, anche a guerra finita, sono in fin dei conti, compatibili con lo stato di salute.

Il medico, che entra nell'intimità delle famiglie, di cui è spesso il consigliere, può compiere un'opera di propaganda utilissima, quotidiana, allo scopo di sradicare, p. e., il pregiudizio che una certa sensazione di appetito, anche dopo un pasto alquanto copioso, sia l'indizio della necessità di più abbondante alimentazione, mentre invece è l'effetto degli abusi dietetici antecedenti che si ripercuotono sull'organismo preparando alterazioni nel campo della patologia gastro-intestinale.

Cómpito questo, non facile nè agevole, perchè nelle masse è radicato il pregiudizio contrario, tanto che alcuni si credono addirittura attualmente al regime della fame, mentre non si è osservato che queste alimentazioni ridotte, già in esperienza da un paio d'anni, abbiano da noi provocato malattie di denutrizione o altri inconvenienti, tolto qualche dimagramento innocuo. Tranne qualche fatto epidemico, anzi, si può dire che la salute individuale sia migliore che avanti la guerra, sebbene non si possa mettere in dubbio che l'attività e quindi anche l'affaticamento siano notevolmente aumentati in questo periodo.

Per quest'opera altamente patriottica, il medico non deve soltanto spendere la parola persuasiva, ma deve esso stesso servire da nobile esempio, dimostrando come la parsimonia, che dovrebbe essere imposta dall'attuale stato di cose, non è in fondo contraria all'igiene ed alla fisiologia alimentare.

Queste idee il medico deve far penetrare nel volgo, non tanto con le conferenze, che lasciano troppo spesso il tempo che trovano, ma con la propaganda spicciola, continua, incominciando a mettere sè stesso alla stregua degli altri.

Ma non qui si deve fermare l'opera del medico; giustamente il prof. Barduzzi accenna, nel *Medico Italiano*, alla necessità che anche le Facoltà universitarie non vengano tenute estranee al movimento nella politica dei consumi, come si è fatto finora, mentre dovevano essere i focolai donde doveva irradiare ovunque ed a tutti con fiducia la parola alta e serena della scienza che aiuta e che salva. E noi non possiamo che plaudire alla sua proposta che tenta di ovviare ad un grave difetto dell'Italia nostra, dove non si tiene nel giusto conto l'alta opera scientifica del professore universitaria, che alla sua volta, dalla sua torre d'avorio, disdegna quasi di mettersi in contatto col volgo. Potrà l'*Unione dei medici per la resistenza nazionale* agevolare questa intesa e sviluppare l'azione del medico nell'attuale politica dei consumi? È quanto ci auguriamo per il bene di tutti, ma è necessario che si uniscano a tale scopo tutte le energie realmente fattive, che possano svolgere la loro opera, senza le pastoie di eccessivi controlli e di arcigne rigidità burocratiche.

Fil.

COLTURA SUPERIORE.

Per il riordinamento degli studi di odontologia.

Il prof. A. Chiavaro rileva, nel numero in corso degli *Annali di Odontologia*, che di tutte le Nazioni civili soltanto l'Italia — come già l'Austria — richiede la laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria.

Al tempo stesso, l'odontoiatria non costituisce materia obbligatoria d'insegnamento nelle Facoltà mediche.

Ne deriva l'assurdo che per l'esercizo professionale dell'odontoiatria si richiede lo studio obbligatorio e l'esame di tutte le materie medico-chirurgiche, salvo per quella che si esercita!

Se anche l'odontoiatria divenisse in Italia materia obbligatoria d'insegnamento, le condizioni non cambierebbero gran fatto, poichè 50-100 ore di lezioni impartite da un solo insegnante non possono bastare, certo, a creare degli odontoiatri, mentre in tutte le Scuole dentarie del mondo s'impartiscono 2000 ore di lezione all'anno, per 2-4 anni, ed il numero degli insegnanti varia da 6 a 60 e più.

Il Chiavaro sollecita i nostri poteri responsabili a sistemare gli studi di odontoiatria e prostesi dentaria, creando nelle Facoltà mediche un insegnamento specializzato. Altrettanto egli suggerisce per le principali branche della medicina. Il corso comune *a tutti* i futuri medici esercenti durerebbe 4-5 anni, e 1-2 anni durerebbe il corso di perfezionamento, il quale avrebbe luogo in Istituti superiori.

Così gli specialisti darebbero seria garenzia del loro sapere, del loro tecnicismo, della loro pratica.

NOSTRE INFORMAZIONI.

Casi di vaiuolo a Napoli.

Nei giorni scorsi si sono diffuse voci insistenti circa la esistenza di una grave manifestazione di vaiuolo a Napoli.

Le voci risultano, dalle informazioni che abbiamo attinte a fonte ineccepibile, esagerate e, nello allarme che contenevano, assolutamente infondate, per quanto basate su di una incontroversa circostanza di fatto: la reale recente comparsa, a Napoli, di alcuni casi della malattia.

Trattasi, infatti, di casi non numerosi e sporadici, che, di più, hanno richiamato fino dall'inizio l'attenzione delle Autorità sanitarie locali e, sulle loro segnalazioni, quella della Autorità governativa; le quali si sono a buon diritto e subito preoccupate della cosa, tanto più che la manifestazione è apparsa caratterizzata da notevole gravità di forma; ed hanno subito adottato tutto un complesso di provvedimenti intesi a combattere il pericolo che la manifestazione poteva presentare, per la facilità che la malattia offre di diffondere anche a notevole distanza scintille di contagio.

Così, il Ministero dell'interno, a mezzo della Direzione Generale della Sanità pubblica, inviò subito sul posto un ispettore generale medico, e fu largo di ogni sorta di aiuti rappresentati da centinaia di migliaia di dosi di ottimo vaccino; dalla concessione di medici militari messi a sua disposizione dal Ministero della guerra, per la vaccinazione, in aiuto ai medici locali assunti dal Municipio; dalla assegnazione di forti somme al Comune a concorso e integrazione delle spese da sostenere; dalla fornitura di padiglioni, di letti, di materiale ospitaliero per aumentare la potenzialità del locale di isolamento del Cotugno; dalla somministrazione di disinfettanti; dal collocamento a disposizione di militi della Croce Rossa e di squadre di disinfettatori.

La Prefettura dal canto suo integrò l'opera dell'Ufficio sanitario comunale con un proprio funzionario tecnico; emise ordinanza di rivaccinazione generale, estendendo l'obbligo della prima vaccinazione ai bambini di due mesi di età; impose la denuncia di ogni manifestazione cutanea ai capi di famiglia, ai direttori di opifici, di istituti, di alberghi, di collettività in genere e coadiuvò l'opera del Comune che fu veramente encomiabile.

Infatti il Comune provvide, con numerose squadre di vaccinatori civili e militari, che sono oramai quasi cento, alla vaccinazione domiciliare di tutti gli abitanti dei quartieri infetti e dei fabbricati isolati ove si fosse manifestato anche un solo caso di vaiuolo, tenendo a base di censimento le tessere annonarie e vigilando successivamente l'accurato controllo degli esiti; mise a disposizione del pubblico tutte le sezioni municipali e i posti di soccorso della Croce Rossa per la rivaccinazione a chiunque la richiedesse; invitò tutti i medici esercenti a segnalare qualunque caso sospetto od occultato si presentasse nell'esercizio della professione e a propagare, eseguendola, la profilassi vaccinica in tutti coloro che da due mesi non avessero superata con esito felice la vaccinazione; dispose squadre investigatrici di agenti municipali in concorso con le guardie di P. S., per la scoperta dei casi nascosti o ignorati di malattia, e provvide alla visita di tutte le salme pervenute al cimitero, oltre la già subita visita necroscopica ordinaria, per sorprendere decessi di vaiuolo comunque sfuggiti alla denunzia.

Mediante preventivi accordi presi colle varie Autorità e colle Direzioni interessate fu ordinata ed eseguita la rivaccinazione in tutti gli opifici e stabilimenti industriali sia civili sia militari, di tutte le truppe di terra e di mare e degli operai nell'Arsenale; dei ferrovieri, tramvieri, doganieri, guardie municipali, di città e carcerarie, dei carcerati, del personale degli ospedali, degli Istituti di beneficenza e delle Opere pie, degli alunni delle scuole pubbliche e private, dei convitti, degli Istituti educativi e in genere di tutte le collettività.

La Prefettura provvide direttamente a far eseguire la rivaccinazione dei profughi, delle persone alla Casa degli emigranti, di quelle delle locande e degli alberghi minori, ove più frequenti convengono i provinciali; istituì posti di vaccinazione facoltativa nei dispensari celtici ed obbligò alla rivaccinazione tutte le persone delle case di tolleranza.

Contemporaneamente ordinava la revisione dei registri di prima vaccinazione delle sezioni municipali di Napoli e dei Comuni della Provincia per rintracciare i bambini sfuggiti a quell'obbligo e vaccinarli; mentre d'accordo cogli uffici sanitari delle limitrofe provincie si provvedeva alla rivaccinazione generale nei Comuni intermedi per costituire barriere d'isolamento, contro il diffondersi della infezione.

Ogni caso di vaiuolo appena conosciuto fu sempre isolato al Cotugno, mentre si rivaccinavano subito i famigliari e i coabitanti nello stesso fabbricato e squadre municipali provvedevano a disinfettare la casa e gli oggetti d'uso personale del vaioloso.

Questo insieme organico di misure è pienamente giustificato dalla natura della malattia; dalla gravità della forma morbosa verificatasi; dalle condizioni favorevoli alla sua diffusione rappresentate dallo affollamento del centro in cui si sono verificati i casi dell'infezione, e dal non sempre ordinato spostamento di moltitudini, diverse per nazionalità, provenienza, condizioni fisiche, sanitarie e morali, come tali particolarmente suscettibili ad ogni contagio e potentissimo mezzo di diffusione di questo, che consegue alla particolarità del momento attuale e lo caratterizza.

Esse, peraltro, come sono un indice della efficace organizzazione raggiunta dai servizi di difesa della salute pubblica del Paese, appaiono tali da far guardare con fiducia alla meta cui esse tendono; la vittoria su un pericolo serio e grave che si è affacciato improvvisamente minaccioso nella popolosa città.

NOTIZIE DIVERSE

Provvedimenti igienico-sanitari nel dopo-guerra.

La Sezione per l'igiene sociale della *Commissione pel dopo-guerra* ha tenuto una serie di sedute, dal 3 al 6 dicembre, sotto la presidenza del senatore Durante.

Dei lavori espletati daremo notizia nel prossimo numero.

Fondazione di un "Ospedale Spagnuolo„ della Croce Rossa Italiana.

Due filantròpi spagnuoli, i figli di Josè Tayà, hanno comunicato alla Presidenza della C. R. I. di aver posto a disposizione della Presidenza medesima, presso un Istituto Bancario di Roma, la somma di lire 500,000, allo scopo di costruire in questa città un ospedale di 50 letti, gestito dalla C. R. I., con la denominazione di *Ospedale Spagnuolo,* recante i colori nazionali spagnuoli ed italiani; verrà destinato, sino a due anni dopo la conclusione della pace, a ricoverare malati e feriti in guerra italiani, e, dopo tale termine, a riservare la metà dei letti per la colonia spagnuola in Italia.

Il Presidente dell'Associazione ha ringraziato ed accettato la donazione con le clausole relative al soddisfacimento del desiderio dei donatori. Tra breve la fondazione sarà un fatto compiuto.

Istituto climatico a Fara Sabina.

La Croce Rossa Italiana, dopo l'impianto dell'Istituto Climatico «E. Maraini» nella Villa Paradiso di Fara Sabina, ha deciso di acquistare i locali della Villa S. Fiano. Col suddetto acquisto l'Istituto potrà essere corredato di 300 letti. Entrambi gli stabili sorgono su di un'amena collina, hanno la veduta di un panorama incantevole e godono di aria saluberrima.

Per la tutela dell'infanzia illegittima.

Su questo tema il prof. Alfieri ha tenuto il discorso inaugurale dell'Ateneo Cagliaritano.

Riporteremo in un prossimo fascicolo molta parte del discorso, informato alla coscienza dei doveri sociali verso la prole illegittima e ad elevati sentimenti di giustizia e di umanità.

La Camera per i medici militari.

Nell'ultima tornata di lavori parlamentari l'onorevole Dore ha mandato un saluto ai medici militari i quali hanno dato un grande e prezioso contributo alla vittoria delle nostre armi, ed ha ricordato il tenente medico Raffaele Paolucci, l'eroe di Pola, come esempio degli eroismi e delle abnegazioni addimostrate dal Corpo sanitario militare così nei campi di battaglia come negli ospedali.

La Camera ha applaudito.

La Croce Rossa e le Paludi Pontine.

L'Ufficio Stampa della Croce Rossa ha pubblicato, a cura di Renzo Rossi, un opuscolo dal titolo

La Croce Rossa e le Paludi Pontine. Ne desumiamo alcuni dati.

La Croce Rossa, aiutata dai sussidi del Re, della Regina Madre e di Enti governativi e amministrativi, iniziò la lotta nel 1900 e da allora la prosegue attiva.

I medici della Croce Rossa si soffermano nei radi e piccoli villaggi, formati di povere capanne (lestre) e là distribuiscono il chinino; accolgono i malati più gravi nelle ambulanze. Queste hanno un carro sulla foggia di quelli militari, un carrozzino a due ruote per le escursioni quotidiane e tre cavalli.

Le difficoltà incontrate dai sanitari sono gravissime. La guerra non ha distolto l'umanitaria istituzione dal cammino che percorreva. Dall'ultima relazione, per l'anno 1916, redatta dal prof. Postempski, si rileva che la Croce Rossa in quell'anno ha curato nelle Paludi Pontine 2452 malarici, 7704 malati varî ed ha chinizzato 11,685 individui.

C.

Il prof. Jeanselme.

Ad occupare la cattedra di dermatologia e sifiligrafia presso l'Università di Parigi è stato chiamato il prof. Jeanselme, ben noto nel mondo scientifico per i suoi lavori sul valore terapeutico e sull'eliminazione degli arsenobenzoli e sull'importanza della lue criptogenetica del sistema nervoso centrale, svelata dalla Wassermann. Egli si è molto occupato anche di patologia esotica: ha pubblicato con Rist un *Précis de pathologie exotique* e si è recato ad esplorare medicalmente molti paesi tropicali. — Sostenuto dal suo passato scientifico e dalla sua riputazione di lavoratore, portato sulla cattedra dalla stima e dalla simpatia universali, il nuovo professore onorerà la Facoltà medica di Parigi, la quale non avrà che da felicitarsi della scelta.

M.

Un grandioso ospedale improvvisato a Chicago.

Il Museo di Storia naturale del Grant Park di Chicago, che è costato 35 milioni di franchi, è stato trasformato dal Governo in ospedale.

L'interno è stato adattato in modo da contenere comodamente 4300 ricoverati. Intorno agli edifizi principali sorgeranno dei padiglioni, capaci di contenere un migliaio di infermiere.

È morto a Berna il prof. PAOLO DUBOIS, straordinario di neuropatologia in quella università. Si era acquistata una riputazione mondiale per i suoi studi sulla psicologia medica ed in particolare sulla psicoterapia delle affezioni mentali.

È morto a Parigi il prof. GUSTAVO BOUCHARDAT, di cui hanno fatto epoca gli studi nell'urea e negli zuccheri. Era *agrégé* alla Facoltà di medicina e alla Scuola superiore di farmacia, preparatore di chimica alla Facoltà di medicina ed al Collegio di Francia. Fu presidente nel 1917 dell'Accademia di medicina.

Nel compimento e per il compimento del proprio dovere è morto a Trieste ancor giovane il dottor CARLO FASOLIS di Torino, ispettore nel Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Era un medico che si faceva molto apprezzare per cultura, intelligenza ed attività. Aveva larghe simpatie per il suo carattere mite ed aperto. Conquistava la stima e l'affetto di quanti lo avvicinavano.

Indice alfabetico per materie.

Appendicite dei bambini: diagnosi . . . *Pag.* 1262
Aspirina: incompatibilità col chinino . . » 1267
Cefalee d'origine gastro-intestinale . . . » 1261
Cinematizzazione dell'arto superiore . . » 1250
Consumi: azione dei medici nella politica dei — . . . . » 1273
Dispnea dolorosa: sintomatologia . . . » 1266
Dopo-guerra della classe medica . . . » 1270
Empiemi: trattamento . . . . » 1267
Extrasistoli cardiache: significato prognostico . . . . » 1250
Fratture del femore: apparecchio gessato a trazione . . . . » 1251
Influenza: convalescenza . . . . . . » 1268
Influenza: se conferisca l'immunità . . » 1249
Mortalità per tubercolosi . . . . . . » 1272
Odontologia: riordinamento degli studi . *Pag.* 1274
Pleurite essudativa: cura con preparati iodici . . . . » 1268
Pleurite influenzale . . . . » 1266
Pulmonite influenzale e pulmonite pestosa » 1247
Reazione di Wassermann e studi biologici della sifilide in rapporto con la cura come mezzi di lotta contro la sifilide . » 1259
Sindrome di Bernard-Hormer . . . . . » 1264
Sindrome di Schmidt associata: nuovo tipo di emiplegia laringea associata . . » 1263
Tamponamento vaginale . . . . » 1268
Trazione continua, senza pesi, nei monconi di amputazione non suturati . . . . . » 1255
Vaiolo a Napoli . . . . » 1275
Varicocele: trattamento operativo . . . » 1265

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1º fascicolo dell'annata XXVI uscirà il 5 gennaio 1919.

Roma, 1918 · Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp